NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine leg.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

AOUT 1849. — 10me SÉRIE. — T. VIII.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1849.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 205—252.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 253—288.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—7. *Revue* 24, 25, 26.
Thérapeutiq. 8—11. *Revue* 27, 32.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 12—13.
Mal. des femmes. 14.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 15—16. *Revue* 28, 29, 30, 31.
Ophthalmoiogie. 17.

VIII. Mal. des voies gén.-urinaires. 18, 19.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 20.

XII. Généralités. 21—22.

Monographie. 23.

Sociétés savantes, pag. 211, 241.

Mélanges. 34, 35.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(AOUT 1849.)

ESSAI SUR L'HYPOCHONDRIE ;

Par J.-D. HANNON, docteur en médecine, en chirurgie, en accouchements, en sciences physiques et naturelles, et lauréat des concours universitaires.

(Suite et fin : *voir* le n° de juillet 1849, p. 157.)

L'exposition chronologique que nous venons de faire du traitement de l'hypochondrie, nous apprend que tout ce qui pouvait y avoir rapport a été dit. Seulement, chacun s'est appesanti davantage sur une classe de médicaments, suivant la doctrine adoptée par lui, suivant telle médication, tels principes, suivant l'époque où il vivait.

Ce qui précède peut se résumer en peu de lignes.

Ceux qui étaient partisans de l'atrabile, des humeurs de toute espèce, ou bien cherchaient à les expulser par les purgatifs ou par les vomitifs, ou bien essayaient de les corriger par les martiaux, les toniques, etc.

Ceux qui regardaient l'estomac comme le siége de la maladie, la croyaient due à sa faiblesse, et alors ils le tonifiaient; ou bien ils la croyaient due à son inflammation, et ils ordonnaient les évacuations sanguines.

Ceux pour qui les obstructions des viscères abdominaux étaient la source du mal, cherchaient à les détruire les uns par les désobstruants et les savons, les autres par les sangsues à l'anus.

Il en est qui considèrent le cerveau comme le siége du mal; ceux-là, proscrivent les médicaments, et font uniquement de la médecine morale, hygiénique.

Ceux enfin qui pensent que les nerfs sont le siége de l'hypochondrie, prescrivent les toniques s'ils croient à leur faiblesse, ou les antispasmodiques et les adoucissants s'ils croient à leur surexcitation. Tous attachent une grande importance à la direction du moral et à l'hygiène.

Une remarque générale peut être faite relativement à la thérapeutique dont nous parlons. A toutes les époques, les uns ont été entraînés par la vogue des doctrines régnantes, les autres ont dominé les doctrines pour faire briller les lumières de la saine pratique.

La plupart se sont occupés d'un point de doctrine thérapeutique pour en développer les principes conformes à l'observation ; ceux-ci ont cherché la cause du mal, ceux-là sa nature, d'autres ses formes, quelques-uns ses complications. Il en est qui ont dirigé leurs recherches sur l'action spéciale de certains médicaments et de certaines médications, selon l'époque où ils vivaient. Il est résulté de là une foule de préceptes, de règles éparses, maints ouvrages; or il faut que l'on se livre à une sorte d'éclectisme parmi tous ces préceptes, pour décrire un bon mode de traitement. Tous les auteurs, même les plus modernes, ont eu, en effet, le tort d'être trop exclusifs : chacun d'eux a voulu sacrifier à son opinion, aussi leur traitement est-il resté incomplet. On retrouve quelque chose d'analogue relativement à chaque époque médicale ; chaque époque aussi a été exclusive. Depuis Hippocrate jusqu'à Galien, le traitement hygiénique est en vogue ; après Galien survient la polypharmacie, conséquence de l'humorisme. Quand apparaît le solidisme, prévalent les toniques et les antispasmodiques ; lorsque la découverte d'Harvey vint donner tant d'importance au sang, les évacuations sanguines envahirent la thérapeutique. Avec les idées mécaniques sur la physiologie survinrent dans le traitement des maladies les fondants et les désobstruants. La chimie occupait-elle toutes les intelligences? Il y avait aussitôt recrudescence polypharmaceutique. Plus tard enfin, à mesure que l'organisme mieux connu permit de mieux apprécier l'action de chaque système et surtout des nerfs, les moyens doux reprirent le dessus et enfin l'hygiène redevint la seule méthode curative. Voilà le cercle dans lequel a tourné la thérapeutique.

Pour nous, nous chercherons à décrire un traitement méthodique complet. Nous n'adopterons systématiquement aucun traitement exclusif fondé sur une doctrine qui ne considérerait qu'un côté de la maladie. Nous adopterons toutes les médications exigées par la nature et par le siége de l'affection; nous n'excluerons que ce qui est, ou peut être nuisible ou dangereux. Puisque l'hypochondrie n'est pas une maladie unique, exclusive, puisque son siége est complexe, son traitement doit l'être aussi, il doit offrir les variations qui résultent de sa nature protéiforme et de son siége, si changeant en apparence.

§ II. — *Traitement méthodique.*

Nous suivrons pour le décrire convenablement l'ordre si naturel observé par Zacchias, par Whytt, par Villermay, par Frank et par M. Brachet ; leur méthode ne permet aucune omission, aucun désordre ; elle consiste à examiner d'abord le traitement du premier degré de l'hypochondrie, puis celui de l'hypochondrie chronique ; nous examinerons ensuite les remèdes à apporter aux causes, aux symptômes dominants, aux complications, aux rechutes, et nous traiterons enfin de la prophylaxie.

A. *Traitement de l'hypochondrie au premier degré.* — La première chose à faire est de captiver la confiance du malade. Cela n'est pas bien difficile si le médecin est pourvu de tact, et de finesse.

Il usera de toute son éloquence et de toute sa gaieté pour ramener peu à peu l'hypochondriaque à des idées plus précises sur son état, lui inspirera le désir et la volonté de guérir, car c'est là le commencement de la guérison ; il lui interdira surtout la fréquentation des personnes souffrantes, moroses, splénatiques.

Ces mesures prises, la plus difficile reste à exécuter, c'est de prescrire un traitement susceptible d'entretenir, par ses bons effets, la confiance du malade : le système nerveux cérébro-spinal sera d'abord soumis aux préceptes d'hygiène destinés à concourir au traitement de l'hypochondrie.

A-t-il à traiter un homme d'une intelligence médiocre et lourde? le médecin pourra user d'une sorte d'autorité. Si la sensibilité est exquise, il mettra en usage tous les moyens d'une douce et habile éloquence pour diriger les idées du malade. C'est surtout, à l'égard des artistes, qu'il faudra redoubler de soins et de précautions, car rien n'est plus difficile à calmer que la tête exaltée et malade d'un artiste. La thérapeutique morale est néanmoins celle qui convient le mieux. Inutile d'insister ici sur le langage qu'il faudra tenir ; c'est au tact du praticien à comprendre cela ; il doit savoir ce qu'il défendra, ce qu'il ordonnera au moral.

Les puissances que le médecin pourra faire agir contre l'hypochondrie, quelle qu'en soit la cause et la nature, sont les passions. On les substituera à l'état pathologique de l'intelligence et du système nerveux. Il faudra, pour atteindre ce but, étudier plus que jamais l'esprit du malade, et savoir quelle direction on devra lui imprimer pour en tirer parti. Une fois la passion éveillée, une grande partie de la cure est obtenue ; un autre cours est donné aux idées, l'esprit s'occupera, le malade ne pensera plus à ses maux ; son imagination plus calme ne réagira plus sur le système nerveux

d'une manière désagréable, et au lieu d'exaspérer les phénomènes qui existent, elle en tempérera la vivacité par le frein qu'elle apportera à la mobilité nerveuse.

Il est un point trop négligé, c'est le parti qu'on peut tirer de la profession des malades. Leur position s'oppose-t-elle à ce qu'ils suivent les conseils des médecins ? Comment leur conseiller d'abandonner une profession qui les fait vivre. Il convient donc d'entrer dans les détails de leurs occupations et de les diriger de manière à ce qu'elles leur servent tout à la fois de moyen de distraction et d'exercice. Faites aimer au malade son travail, et il l'accomplira avec bonheur, mais cela est souvent difficile.

Procurer le plus de distractions possible est un point essentiel pour toutes les hypochondries ; les conversations attrayantes, les spectacles, les lectures, parfois les pratiques religieuses, conviennent sous bien des rapports.

Un excellent moyen thérapeutique, c'est d'intéresser l'amour-propre du malade, d'exciter chez lui le sentiment de l'honneur ; envoyez le praticien hypochondre où règne une épidémie pour l'étudier et en arrêter les ravages, chargez le compositeur malade de la partition d'un poëme attrayant, confiez à l'avocat la défense d'un accusé qui l'intéresse. Toutes ces diversions sont fort utiles.

Souvent il faudra recourir à quelque stratagème ingénieux pour faire renoncer à de bizarres habitudes, à d'absurdes manies. Zacutus, Tulpius, Ætius, Boerhaeve, Brion ont été souvent dans le cas d'avoir recours à ce moyen.

Souvent une habitude entretient la mobilité nerveuse et les illusions de l'intelligence, il ne faudra la combattre qu'avec tous les ménagements inspirés par la prudence. Il serait dangereux de la supprimer brusquement.

Ces moyens d'agir sur l'imagination ne sont pas les seuls, leur action a besoin d'être secondée par l'exercice, le plus puissant *diverticulum* des forces sensitives et intellectuelles. Tous les exercices peuvent convenir, mais il appartient à la sagacité du médecin d'indiquer celui qui doit avoir la préférence ; il lui faudra comparer les goûts, les dispositions du malade à son état, pour adapter à ces conditions un exercice convenable. Il ne perdra jamais de vue que cet exercice doit réunir la double condition d'agir sur le moral et sur le physique.

Les voyages ne sauraient être trop recommandés ; mais on ne doit pas se borner à les conseiller indifféremment, il faut choisir le mode de transport et le lieu du voyage d'après le goût et l'état de l'hypochondriaque.

Il n'est pas inutile de s'occuper de l'état de salubrité de l'air,

de ses qualités physiques, de l'habitation du malade et de ses vêtements; rien ne doit être négligé, il faut savoir faire tourner les plus petites choses à son avantage.

Il suffit quelquefois de changer prudemment la manière de vivre du malade, d'éloigner de lui les sensations physiques trop vives.

Dans l'hypochondrie, les fonctions digestives sont toujours dérangées ; nous avons à nous occuper de la partie du traitement qui concerne ces troubles.

D'abord pour ce qui est de l'alimentation il faut consulter les dispositions particulières, l'idiosyncrasie pathologique, les caprices de l'estomac ; il ne convient pas d'adopter une alimentation unique pour tous les malades, ni même pour le même malade. On cherchera une nourriture qui soit de son goût : elle sera simple et proportionnée à l'exercice qu'on prend, aux forces de l'estomac.

Les aliments doivent être variés. Pour l'heure des repas, pris autant que possible en compagnie il, faut se conformer aux habitudes et aux dispositions de l'estomac.

Le régime doit être doux et nourrissant, pour combattre tout à la fois une susceptibilité nerveuse extraordinaire et une faiblesse plus ou moins grande.

Le choix des boissons dont le malade doit faire usage pendant le repas, n'est point une chose indifférente. Mais il est impossible de prescrire rien de fixe sur ce point.

En résumé, le régime devra varier selon chaque individu, selon chaque pays : il sera plus végétal dans les pays chauds, plus animal dans les pays froids; on variera de même le régime pour les habitants de la plaine et pour ceux des montagnes. Les saisons détermineront un choix analogue.

Toutes les sécrétions doivent être surveillées. La bile est-elle sécrétée trop abondamment, et irrite-t-elle? un régime végétal, l'usage des acidulés, quelques laxatifs conviennent. La peau est-elle sèche ? il faut pousser à la transpiration par quelque boisson théiforme. La constipation doit toujours être combattue. Les évacuations de l'urine réclament aussi la plus sévère attention; il faut en favoriser le cours par le régime végétal et humectant. L'excitation aphrodisiaque doit être surtout modérée. Si elle vient s'ajouter souvent à l'exaltation nerveuse elle pourra faire beaucoup de mal.

Tous ces préceptes hygiéniques doivent être mis en première ligne, mais ils ne suffisent pas ; il faut souvent leur associer des médicaments, car le malade les demande, il sent son mal, il veut en guérir et ne voit que dans les remèdes le moyen d'arriver à ce but. Les refuser serait s'exposer à perdre sa confiance. Il est in-

dispensable de faire de la médecine morale avec des remèdes... Mais quels sont ceux à l'aide desquels on obtiendra des effets avantageux ?

Dans les cas ordinaires, l'affection du système nerveux, quoique bizarre ou ataxique, se manifeste par une sorte de susceptibilité qui la rapproche de l'irritation. Les boissons adoucissantes, le bouillon de veau, de poulet, de grenouille, de mauve, d'orge, de violette, les potions calmantes ou tempérantes agissent alors sur l'économie, en mettant en contact avec le système nerveux, des substances douces qui calment son irritabilité, en introduisant dans le sang des molécules tempérantes qui se présentent à tous les tissus modifiés par la maladie, et modèrent leur éréthisme ataxique.

En joignant ces moyens aux conseils hygiéniques, en attaquant ainsi la maladie au moral et au physique, on triomphera le plus souvent.

Les bains, les applications topiques, les frictions, le massage, peuvent être encore d'un grand secours au praticien.

Avant de terminer, il est indispensable que nous parlions de quelques dispositions générales qui permettent de formuler certains préceptes.

Si le malade est sanguin, si quelque hémorrhagie habituelle est supprimée, les saignées conviennent. On proscrira en même temps les stimulants cérébraux.

Si le malade est délicat, il sera tenu à un régime succulent, aux toniques, à un exercice modéré.

S'il est nerveux, on préférera les adoucissants, les délayants, les antispasmodiques, les opiacés.

S'il est bilieux : les acidulés, les délayants, les laxatifs, un régime végétal, sont indiqués.

Si le malade enfin est lymphatique, les ferrugineux, les viandes rôties, le vin, les amers, l'exercice, les frictions sèches, un air vif et salubre, une température douce ou froide, les voyages et les eaux minérales devront être employés.

Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais oublier que les anomalies étranges de cette maladie ne permettent jamais de pouvoir *à priori* prononcer ce qui conviendra, ou ce qui ne conviendra pas, dans un cas donné.

B. *Traitement de l'hypochondrie chronique.*— Dans l'hypochondrie chronique, l'état intellectuel s'est identifié avec l'état de l'organisme. L'affection nerveuse a fait de grands progrès. Le malade n'éprouve plus de répit. C'est dans ce cas que le rôle du médecin est beau. Les difficultés sont presque insurmontables, il faut une patience infinie pour en triompher, mais l'histoire de l'art fournit des

exemples de guérison, même à cette période; ils doivent suffire pour encourager et soutenir le zèle du praticien.

Il faut avoir recours aux mêmes moyens, mais que d'adresse devient nécessaire pour les appliquer! Le malade a si souvent été trompé, qu'il devient incrédule; il change de médecins et de remèdes au moindre soupçon. L'hypochondriaque se croit incurable, il doute de tout ce que l'on peut employer pour le guérir, aussi le moral exige-t-il ici une plus grande attention. On devra mettre tous ses soins à le tromper en le traitant en quelque sorte à son insu, en ayant l'air de ne rien faire pour sa guérison. Il faut, sous différents prétextes, détourner l'imagination du malade, lui faire prendre de l'exercice, lui faire adopter quelques aliments, lui faire entreprendre quelque occupation attrayante; mais se garder soigneusement de paraître attacher à tout cela aucune importance thérapeutique. On entraînera le malade à des distractions mentales et corporelles malgré lui et sans qu'il s'en doute; on le fera passer de l'une à l'autre avec beaucoup d'adresse, on lui en créera sans cesse de nouvelles qui lui seront offertes naturellement et sans préparatif. Car le malade se révolte s'il s'imagine que les plaisirs ou les remèdes qu'on lui procure sont les fruits de préméditations médicales.

C. *Traitement des symptômes dominants.* — Cette médication spéciale ne doit point faire perdre de vue le traitement général, la combinaison de l'un et de l'autre est indispensable.

Calmer une douleur, un spasme, une palpitation, est bien souvent utile. Le malade soulagé se croit en voie de guérison. On pourra profiter de cette circonstance pour agir favorablement sur son moral.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége de *douleurs*. C'est le premier symptôme à combattre. La gastralgie, l'entéralgie, la cardialgie, la céphalalgie, etc., prennent toutes naissance dans une exaltation vicieuse de la sensation cérébrale. Toutes doivent être attaquées par des moyens analogues.

Parmi ces moyens l'opium et ses dérivés tiennent le premier rang. Les autres narcotiques sont néanmoins indispensables, puisque l'opium diminue toutes les sécrétions et occasionne la constipation, si opiniâtre déjà chez les hypochondriaques; l'aloès pourra être uni à toutes les préparations opiacées.

On ne doit pas craindre de forcer parfois les doses, car il faut calmer à tout prix. On les administrera par toutes les voies.

Lorsque les calmants sont insuffisants les révulsifs sont indiqués. Les vésicatoires volants, le cautère actuel, le moxa, les caustiques produisent souvent les meilleurs effets.

La gastralgie, l'entéralgie, la cardialgie font recourir aux narcotiques ; on aidera leur effet par l'emploi des bains de pieds chauds, révulsifs ou calmants, des cataplasmes, des fomentations sur les membres inférieurs et des lavements aloétiques. Pour atteindre le même but de révulsion on prescrira quelques purgatifs, parfois des sangsues à l'anus, quelques vésicatoires volants et autres irritants placés autour des parties endolories. Les bains seront aussi d'une très-grande utilité.

Les *spasmes* sont, après les douleurs, le symptôme le plus important à combattre. Les palpitations, les vomissements, les syncopes, le hoquet, la gêne asthmatique de la respiration étant au nombre des phénomènes les plus fréquents.

Les palpitations, parfois si fortes et si pénibles, seront combattues par les préparations cyaniques, par la digitale associée à l'hydrochlorate de morphine. S'il y a quelque signe de pléthore, la saignée et les sangsues, ou le rappel d'une évacuation sanguine supprimée, pourront suffire.

On se conduira de même dans certains cas de crampes, mais on insistera davantage sur les bains.

Lorsque le vomissement tient à l'irritation gastrique, les moyens doux et calmants conviennent. L'acide prussique, la liqueur anodine d'Hoffman, la potion antiémétique de Rivière, de Boerhaeve, l'eau gazeuse coupée par le sirop de diacode, seront les médicaments à employer. Les révulsifs ne doivent point être négligés.

Si les vomissements tiennent à l'extrême faiblesse, il faut recourir aux toniques unis aux antispasmodiques. Il sera bon de les varier souvent, et quelquefois même, de faire succéder les toniques aux calmants, et *vice versâ*.

Le hoquet, si pénible parfois, est assez facilement combattu, par un verre de vin, par la surprise, la frayeur ou en excitant fortement l'attention. S'il résiste à ces moyens, la glace, la potion de Rivière, les calmants, les antispasmodiques, le musc, le cautère objectif seront employés avec succès.

La gêne de la respiration devenue par trop grande, et suffoquant le malade, nécessite l'emploi de l'opium, du datura, de la belladone, du musc, du castor, de l'assa, de la gomme ammoniaque, des préparations cyaniques. Ces moyens doivent être employés de toutes les manières, par tous les modes d'administration possibles.

Les autres symptômes dominants de l'hypochondrie sont l'insomnie, les flatuosités, la constipation et le froid.

Une insomnie opiniâtre fatigue souvent les hypochondres en les laissant trop longtemps livrés à eux-mêmes. Qu'elle résulte de l'a-

tonie nerveuse, qu'elle soit causée par une sorte d'explosion qui éclate souvent dans la tête chaque fois que le malade s'endort, ou par des vertiges, des éblouissements, des tintements, des bruits de courants d'air, ou par ce vague pénible désigné sous le nom d'*ivresse hypochondriaque,* elle doit être combattue par les mêmes moyens. Les opiacés administrés à l'intérieur avec réserve, ou en topiques de toutes les façons, surtout à haute dose autour de la tête, les infusions de fleurs de sureau, les frictions stimulantes, les bains pourront être employés avec avantage dans ces circonstances.

Les flatuosités tourmentent beaucoup les hypochondriaques. Pour les combattre, la magnésie, le magistère de bismuth, l'eau de chaux, le savon ont été successivement administrés. Les vents résultent souvent de l'éréthisme des voies digestives ; les opiacés seront dans ce cas le remède le plus efficace. Une mixture faite avec l'esprit éthéré de térébenthine et le laudanum produit souvent de fort bons effets. Il en est de même des carminatifs. Si les flatuosités dépendent de l'atonie de l'estomac, la magnésie unie aux toniques est indiquée ; un régime analeptique, le vin de Bordeaux conviennent, mais pour dissiper entièrement cet état, la guérison doit être établie.

Le phénomène le plus constant est la constipation. Les moyens les plus convenables pour l'attaquer sont les boissons laxatives, une nourriture tempérante et relâchante, parfois tonique, enfin les lavements laxatifs et toniques. Les suppositoires, les frictions sur l'abdomen seront indiqués si l'intestin ne peut être irrité.

Quant au froid, enfin, qui accompagne parfois l'hypochondrie, l'exercice, les frictions, les bains chauds, les bains de vapeur tempérés, l'hydrosudopathie, les thés diaphorétiques, sont les moyens à employer.

D. *Traitement des causes de l'hypochondrie.* — Rien de plus vrai que le *Sublatâ causâ tollitur effectus.* C'est au début de la maladie qu'il faut en étudier soigneusement les causes : si on pouvait toujours les connaître on serait bien près de la guérison, à moins qu'un obstacle matériel n'empêchât de la combattre. Savoir la cause du mal est utile ; même lorsqu'elle ne peut plus être attaquée, elle fournit encore des indications pour la maladie elle-même.

L'hypochondrie est-elle due à l'hérédité, à la nativité, à une éducation première vicieuse, — toute la thérapeutique est impuissante à combattre une telle cause, — les moyens hygiéniques et moraux seuls peuvent apporter quelques soulagements à la cruelle position des infortunés atteints d'une telle affection. Le temps, la distraction, l'exercice et le régime, feront plus que la médecine.

Contre l'action des causes morales il faut des moyens moraux et une médecine expectante.

L'hypochondrie est-elle due au passage d'une vie active à une vie oisive, il faut remplacer par d'autres occupations les occupations primitives.

Les études forcées, les veilles prolongées ont-elles amené l'affection, modérez le travail, régularisez le sommeil et proscrivez les veilles.

Les distractions et les consolations sont nécessaires à toute hypochondrie due à des malheurs, à des chagrins. A-t-elle sa cause dans une vie sédentaire, l'exercice, la dissipation, les voyages feront la base du traitement.

Le malade est-il énervé par les excès vénériens, on l'obligera à renoncer entièrement et brusquement à ses funestes penchants, en même temps que, par un régime analeptique, l'exercice et les autres moyens, on rendra l'énergie au malheureux, victime de ses imprudences. On traitera de même toute sécrétion trop abondante.

Les suppressions sont-elles causes de l'hypochondrie, tous les moyens qui doivent ramener les évacuations disparues sont indiqués; les menstrues supprimées accidentellement, les hémorrhoïdes, les hémorrhagies et les saignées habituelles qui n'ont plus lieu, doivent être rappelées au plus tôt. Il en est de même de la suppression de toute sécrétion, de toute excrétion.

L'hypochondrie est-elle due à une affection cutanée repercutée, il faudra s'efforcer de la faire revivre.

Si la maladie est développée sous l'influence de l'engorgement des viscères, c'est contre cet engorgement qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques. Il est indispensable de le combattre par le fondant qu'il exige.

Le malade avait-il été atteint de la goutte ou du rhumatisme, et leur suppression est-elle la cause de l'hypochondrie? il est urgent de rappeler le mal à son siége primitif. L'usage du colchique ne doit point être négligé dans ce cas, on en obtient les meilleurs effets.

E. *Traitement des complications.* — Toutes les maladies peuvent compliquer l'hypochondrie, mais nous ne parlerons ici que des affections qui s'y joignent et se combinent avec elle de manière à marcher de concert, et à en modifier le caractère et le traitement.

L'hystérie se présente en première ligne; elle force le médecin à insister davantage sur l'emploi des antispasmodiques, surtout dans le moment des crises. C'est par les mêmes moyens hygiéniques et moraux qu'on devra calmer l'imagination malade. Cette

complication est souvent due à une passion contrariée ; le mariage est dans ce cas le seul remède que l'on conseille.

La mélancolie se combine assez souvent avec l'hypochondrie. Le traitement moral doit jouer alors le plus grand rôle, car l'esprit du malade est bien difficile à manier dans ce cas. Les indications thérapeutiques restent les mêmes, mais l'hypochondre ne s'y conforme qu'avec peine. Rousseau, Tibère, Louis XI sont des types célèbres de cette complication. Ils ne cessèrent de demander la santé et la vie à tous les moyens médicaux et religieux ; peu leur importait le moyen, pourvu qu'ils pussent vivre.

La gastralgie se joint presque toujours à l'hypochondrie : le premier soin est de rétablir l'estomac ; les calmants et surtout le sirop de diacode doivent être unis au traitement hygiénique et moral. Il importe d'apporter la plus grande prudence dans le choix des aliments, et les écarts de régime doivent être formellement interdits. On donnera la préférence aux aliments qui, sous un petit volume, nourrissent sans stimuler. Une fois l'éréthisme calmé par les narcotiques, il ne faut plus insister sur les mucilagineux, on rendrait l'estomac débile ; on leur substituera les toniques doux, les amers et quelques spiritueux. Le traitement antiphlogistique ne doit jamais être employé.

Fréquemment l'hypochondrie se complique d'altérations organiques de divers viscères de l'abdomen. La gastrite chronique y est fréquente. Dans l'emploi des antiphlogistiques, des fondants, des résolutifs, des évacuants, qui conviennent pour combattre ces complications, il est bien essentiel de toujours tenir compte de l'état nerveux de l'hypochondre, afin de ne pas exaspérer cet état par des moyens inopportuns. Des sueurs abondantes aggravent souvent la maladie ; si elles sont liées à une affection organique, c'est celle-ci qu'il faut d'abord entreprendre ; mais si elles sont indépendantes de ces causes, il faut chercher à les diminuer par l'emploi des toniques, et surtout par un régime analeptique. L'acétate de plomb à la dose de dix grains par jour est le remède le plus efficace contre ces sueurs.

F. *Traitement de la convalescence et des rechutes.* — L'hypochondriaque guéri conserve durant longtemps encore une grande disposition à s'alarmer à chaque malaise qu'il éprouve. Toute cause de souffrance morale ou physique doit être soigneusement éloignée de lui, toutes les distractions possibles lui seront procurées jusqu'à ce que les nerfs aient repris leur rhythme habituel. L'estomac sera longtemps surveillé, car sa sensibilité reste très-grande, et de fréquentes rechutes surviennent lorsqu'on manque aux préceptes de l'hygiène.

Si elle se reproduit, il faut recommencer le traitement en faisant jouer tous les ressorts de l'hygiène, du moral et de la thérapeutique ; ce traitement exige bien plus de patience que le premier, l'imagination devenant plus difficile à manier, le système nerveux plus impressionnable et le malade passant à un état voisin de la manie.

La prescription des remèdes devient aussi plus difficile : l'économie s'y est accoutumée et le système nerveux sera doué d'une aptitude névropathique d'autant plus grande, que le malade aura abusé des calmants et des antispasmodiques.

G. *Prophylaxie.* — Une rigoureuse observation des règles de l'hygiène, un heureux calme de l'âme que ne troublent ni les succès ni les revers : voilà tout le traitement préservatif de l'hypochondrie. Eviter les causes, ne suffit point cependant. Il faudrait savoir éviter les coups du sort, l'influence du régime de l'enfance, la constitution acquise? C'est à l'hygiène bien entendue qu'il faut recourir dans ce cas.

Les enfants qui apportent en naissant des prédispositions nerveuses doivent être confiés à une nourrice vigoureuse. Il sera envoyé à la campagne, prendra des bains froids ; à mesure qu'il grandira on l'habituera à des exercices de plus en plus pénibles. Ce n'est que lentement qu'on développera son intelligence. Il conviendra enfin de le tenir à un régime sain et fortifiant.

C'est surtout à l'époque de la puberté qu'on devra redoubler d'attention. Il faut alors éviter les funestes habitudes de cet âge et remédier aux mauvais effets d'une croissance trop rapide. Tous les exercices du corps seront joints à un régime analeptique. On tiendra toujours en haleine le corps et l'esprit du jeune homme.

Quand vient l'âge adulte, la vie de l'homme change d'objet, une vie toute intellectuelle, toute livrée aux passions ambitieuses de la fortune, de la gloire et des honneurs prédispose singulièrement à l'hypochondrie. Quelle que soit la profession qu'ait embrassée l'homme, quelle que soit la carrière qu'il veuille parcourir, il doit se rappeler qu'il y apporte un corps d'autant plus susceptible qu'il est animé par une imagination plus ardente. Qu'il se pénètre bien des caprices de la fortune, de l'ingratitude et de la jalousie des pâles humains. Qu'il donne quelque trêve à son imagination tendue, à ses travaux intellectuels, par des récréations convenables, par un exercice suffisant.

Pour calmer l'effervescence de l'imagination et sa préoccupation trop absolue, un régime doux sera nécessaire : le régime végétal, l'eau pure, la bière, voilà ce qui conviendra le mieux dans ce cas.

Les déceptions, les catastrophes, les revers surviennent-ils? Il importe que le médecin mette à profit tout ce qui entoure son client déchu : consolations amicales, distractions convenables, exercice, promesses d'un meilleur avenir, substitution d'affections capables de faire diversion. Il devra donner au malade le change sur sa position, en la lui présentant moins grave qu'elle n'a paru d'abord ; il s'attachera à donner une autre direction à ses idées toujours prêtes à se reporter sur la cause de ses souffrances.

Ces conseils conviennent à toutes les professions, mais ils ont trait principalement aux hommes politiques, aux artistes, aux hommes de lettres, aux hommes d'études et de composition, parce que tous ils rêvent l'immortalité, et qu'elle leur fait oublier la faiblesse et les infirmités de leur nature.

Il convient de suspendre de temps en temps ses travaux et de faire une diversion puissante à l'activité intellectuelle par des exercices corporels.

Rien ne mérite plus d'attention que le régime ; en réglant bien et la quantité et la qualité des aliments, et les heures des repas, et le moment du travail qui les suit, on a trouvé le moyen de faire durer longtemps la vie, malgré le plus mauvais estomac.

Il faut aussi que l'homme de lettres évite soigneusement tout ce qui peut l'exciter au physique et au moral.

La santé commence-t-elle à s'altérer, il faut redoubler de précautions. On cherchera à prévenir les congestions du cerveau par des bains de pieds, des ligatures aux membres inférieurs, des laxatifs ; si l'on veut éviter alors de funestes accidents: il faudra modérer ses travaux, donner au repos et au sommeil le temps qu'ils réclament,

Les passions doivent être soigneusement étudiées. On sait quelle est leur influence sur l'organisme et sur la production des maladies. Tout doit être tenté pour les combattre, pour les déraciner, pour annihiler surtout leurs funestes effets sur le système nerveux. Il faut éloigner tout d'abord la cause de la passion, la diversion des idées sera toujours d'un grand secours à celui qui saura se servir de ce moyen.

Les habitudes sont souvent une autre cause funeste contre laquelle il faut se prémunir. Cependant la plupart d'entre elles ne sauraient être rompues impunément sans amener l'ennui, non moins fâcheux, non moins fatal. Ne les supprimez que si vous pouvez les remplacer par des compensations analogues, moins nuisibles à l'économie.

Enfin, quant aux affections de l'estomac, du foie, du cœur, du cerveau, qui pourraient conduire à l'hypochondrie, il est tellement

évident qu'il faudrait commencer par traiter ces maladies, que nous croyons ne pas devoir insister davantage sur ce sujet. Seulement à mesure que l'affection organique primitive agira sur l'appareil d'innervation et sur l'imagination, il faudra associer les calmants et les moyens moraux aux remèdes spéciaux de la maladie primitive.

Arguments.

1. Le choléra n'est point contagieux.
2. Le traitement du chancre phagédénique ne nécessite point de traitement mercuriel interne.
3. La blennorrhagie simple et la blennorrhagie granuleuse ne peuvent donner lieu à la syphilis.
4. La syphilis ne saurait être que la conséquence d'un chancre induré.
5. La scrofulose et la tuberculose sont deux affections distinctes.
6. L'appareil amovo-inamovible est préférable à tous les autres dans le traitement des fractures.
7. Le manganèse est le spécifique des anémies que le fer ne guérit point.
8. Le chlorure ammonique est le spécifique de la cachexie arsenicale.
9. L'ophthalmie granuleuse est due à une production spéciale, contagieuse, et sans analogue dans l'économie.
10. Les granulations se développent de toute pièce, sous l'influence d'une cause unique, toujours la même, sans qu'antérieurement à l'action pathogénique de cette cause on puisse invoquer un germe anatomique préexistant dans le tissu muqueux, quel que soit ce tissu muqueux.
11. La cautérisation des granulations est le seul moyen de guérir l'affection qu'elles produisent.
12. Il n'existe aucune communication directe entre les *artères bronchiques* et les *artères pulmonaires*. Il y en a de nombreuses, au contraire, entre les *veines pulmonaires* et les *vaisseaux bronchiques*.
13. Les cavités aériennes du lobule pulmonaire sont constituées : 1° par les ramifications successives de la bronche lobulaire, ramifications qui affectent toutes les directions, s'entre-croisent en tous sens, *sans jamais s'anastomoser*, deviennent de plus en plus courtes et plus nombreuses à mesure qu'elles proviennent d'un ordre de division plus élevé, et enfin, se terminent en se dilatant brusquement sous forme d'entonnoirs; 2° par des séries d'alvéoles qui tapissent les parois internes des infundibulums et des derniers tubes bronchiques qui les précèdent.

DES ALTÉRATIONS DU POUMON QUI CONSTITUENT LA MALADIE DÉSIGNÉE SOUS LE NOM D'EMPHYSÈME PULMONAIRE OU VÉSICULAIRE (ASTHME CONTINU DES ANCIENS).

Par M. le docteur Rossignol.

Chapitre Ier. — *Structure intimes des poumons.*

Les poumons, au nombre de deux, séparés l'un de l'autre par le médiastin et la colonne vertébrale, contenus chacun dans une cavité spéciale du thorax, ne forment cependant, sous le point de vue physiologique, que deux parties séparées d'un même organe. Recevant l'air par un conduit commun, et le sang par un seul tronc artériel, ils sont unis, en outre, par un plexus nerveux considérable. La solidarité fonctionnelle, qui en résulte, permet de se rendre compte de plusieurs des phénomènes morbides qu'ils présentent.

La plèvre fournit à chaque poumon une enveloppe générale à laquelle est dû le poli de sa surface. Cette enveloppe tapisse également les profondes scissures qui divisent cet organe en lobes. Libre, mobile, extensible et remplissant exactement la cavité qui le renferme, le poumon suit toutes les variations que cette cavité subit dans l'état normal.

La mobilité du poumon n'est pas égale dans toutes ses parties ; sa racine, formée par les gros canaux aériens et sanguins qui le pénètrent, repose sur un plan immobile, la colonne vertébrale ; en sorte que, fixe dans ce point, il se meut dans tous les autres, et que l'on peut considérer ses mouvements comme ayant principalement lieu suivant les diamètres divergents qui, de la racine, vont aboutir à tous les points de sa surface.

Chaque poumon est formé par l'agglomération d'un grand nombre de lobules qui ont tous la même structure, quoique possédant des formes et des dimensions extrêmement variées. Superposés les uns aux autres et sur les principaux canaux aériens et sanguins qui leur servent de support, les lobules doivent terminer à l'extérieur des surfaces unies, convexes et concaves, des sommets aigus, des bords tranchants, etc.; aussi leur forme et leurs dimensions ne paraissent-elles déterminées que par l'espace qu'ils doivent occuper. Les lobules sont unis entre eux par du tissu cellulaire lâche chez l'enfant, dense chez l'adulte Dans ce tissu rampent des vaisseaux très-fins appartenant aux artères et aux veines bronchiques. On y rencontre parfois aussi des veinules pulmonaires du plan superficiel.

Les canaux aériens et sanguins, situés en dehors des lobules, constituent la charpente du poumon. Leur disposition générale est assez connue pour que nous n'ayons pas besoin de nous en occuper ici. Nous ferons cependant remarquer que le tissu cellulaire qui unit les lobules à ces canaux est moins dense que celui qui unit les lobules entre eux, et qu'il le devient d'autant moins qu'il enveloppe un tube d'un plus grand diamètre.

Chaque lobule reçoit, comme le poumon, une bronche, une artère,

et émet une ou plusieurs veines. Il peut être considéré comme l'épanouissement terminal de ces divers canaux, ou comme la répétition en petit de ce que le poumon est en grand. Pour mettre de l'ordre dans l'exposé de sa structure, nous examinerons successivement 1° les canaux conducteurs de l'air; 2° la surface spécialement destinée à la fonction de l'hématose ; 3° l'appareil vasculaire sanguin ; et 4° la nature des tissus qui forment le parenchyme du lobule.

1° *Bronches lobulaires.* — Chaque lobule, quel que soit son volume, ne reçoit qu'un seul tube bronchique qui en gagne le centre en ligne plus ou moins droite. Lorsque le lobule est volumineux, l'origine du tube bronchique est marquée d'un dernier croissant, cartilagineux, très-mince, placé dans l'angle de bifurcation et qui maintient béant l'orifice de ce tube. Arrivé au centre du lobule, le tronc de la bronche lobulaire ne disparaît pas après avoir formé une ampoule, ainsi qu'on l'a cru d'après l'examen du poumon simplement insufflé et desséché ; mais il continue sa direction primitive, jusqu'à sa terminaison au sommet du lobule, si celui-ci a une forme régulièrement conique ; ou bien, il se divise en deux ou trois rameaux, si c'est un bord tranchant ou plusieurs sommets qui sont opposés au point d'origine de la bronche.

Depuis son origine jusqu'à sa terminaison, la bronche lobulaire fournit dans toutes les directions des rameaux qui l'épuisent peu à peu. Le nombre de ces rameaux, leur point d'origine, leur direction et leur calibre, sont très-variés et dépendent du volume et de la forme du lobule. Plus un lobule est volumineux et offre des bords tranchants et des sommets, plus le nombre des rameaux de premier ordre de la bronche lobulaire est considérable. Lorsque le lobule a une forme conique régulière, ces rameaux partent de l'arbre central en succession régulière et décroissante, alternant et rayonnant dans toutes les directions.

Les rameaux de premier ordre se dégagent du tronc sous des angles aigus et suivent encore, comme celui-ci, une direction plus ou moins droite jusqu'à leur terminaison. Dans leur trajet, ils fournissent des ramuscules latéraux qui en partent à angle droit, en sorte que l'ouverture de communication paraît faite sur leurs parois comme par un emporte-pièce. Chacun d'eux se termine ensuite, soit en continuant la direction primitive et en fournissant des ramuscules irrégulièrement alternes jusqu'au bord du lobule, ou au sommet pour lequel il est destiné, soit en se partageant en deux ou trois ramuscules qui partent du même point dans une direction perpendiculaire ou légèrement oblique l'un à l'autre et à la division bronchique qui les fournit. Ces ramuscules, qui forment le second ordre de division de la bronche lobulaire, parcourent un trajet beaucoup plus court que les précédents et plus sinueux. Ils fournissent, d'une manière analogue et sous des angles très-ouverts et quelquefois obtus, les divisions de troisième ordre. Celles-ci, par suite de leur mode d'origine, gagnent la plupart le centre du lobule, où elles se terminent après avoir successivement

produit, et d'une manière irrégulière, des divisions de quatrième, de cinquième et quelquefois de sixième ordre; les autres sont destinées à la surface du lobule et aux couches sous-jacentes, où elles se terminent d'une manière analogue.

Le nombre des divisions et subdivisions de la bronche lobulaire varie dans le même lobule; quelquefois les derniers rameaux ne sont que le cinquième ordre de division de cette bronche, d'autres fois ils appartiennent au septième, huitième et même au neuvième ordre. L'angle que forme la dernière division bronchique est le plus souvent très-aigu à l'opposé de celles qui précèdent.

Les ramifications aériennes du lobule, en se divisant ainsi, se multiplient et deviennent innombrables. Leur longueur diminue en raison de leur nombre; mais cette progression décroissante n'est nullement indéfinie, car la plus petite longueur des dernières divisions bronchiques est toujours le double, triple ou le quadruple de son diamètre transverse.

Le calibre des divisions aériennes diminue du tronc de la bronche lobulaire à ses rameaux de troisième ordre; à partir de ceux-ci, il reste à peu près le même jusqu'aux dernières ramifications, où il augmente brusquement.

L'épaisseur de leurs parois diminue d'une manière régulière jusqu'aux deux ou trois dernières divisions aériennes, où leur amincissement devient tel qu'à la loupe ordinaire ces parois ne semblent pas beaucoup plus épaisses que les cloisons qui séparent les cellules pulmonaires.

D'après ce qui précède, on voit que les canaux aériens du lobule forment une sorte de bois inextricable, ou mieux, un arbre dont les ramifications successives et innombrables affectent toutes les directions aussi bien centripètes que centrifuges, s'entrecroisent dans tous les sens, sans jamais s'anastomoser, et se terminent aux principaux points de l'espace occupé par le lobule. Malgré leur nombre et leur direction, ces ramifications laisseraient dans le lobule pulmonaire des espaces vides, si les dernières bronches ne se terminaient par des dilatations remarquables qui viennent successivement combler ces espaces depuis le centre jusqu'à la périphérie du lobule. Ces dilatations, qui constituent le mode de terminaison des ramifications aériennes du poumon des mammifères, ont généralement la forme d'entonnoirs dont la grosse extrémité est du côté opposé à l'ouverture bronchique. Ordinairement au nombre de deux ou trois à l'extrémité d'un tube aérien, elles doivent être considérées comme les dernières ramifications bronchiques; car, à leur niveau, l'artère pulmonaire se termine en autant de ramuscules dont chacune s'applique sur l'*infundibulum* correspondant, en suit la direction de l'axe, et s'infléchit en demi-cercle sur le fond de la dilatation, où il se perd en formant le réseau capillaire qui en couvre l'extérieur. Avant de se terminer, les deux ou les trois derniers ordres de division bronchique produisent assez souvent, dans leurs trajets et sur leurs parties latérales, quelques *infundubilums*

isolés les uns des autres par des espaces plus ou moins considérables.

Ces dilatations terminales des bronches ont une forme assez régulière à la surface des lobules, où, rangées les unes à côté des autres et ayant leurs grosses extrémités dirigées au dehors, elles forment la couche périphérique; mais à l'intérieur, reposant les unes sur les autres et sur les canaux aériens et sanguins qui leur servent de support, elles se moulent sur l'espace qu'elles doivent occuper, et leur forme est aussi variée que celle des lobules dans les lobes pulmonaires.

2° *Surface destinée à la fonction de l'hématose.* — Elle se présente dans le poumon de l'homme avec des caractères analogues à ceux que l'on observe dans l'appareil respiratoire des autres vertèbres pulmonés, c'est-à-dire, sous forme de membranes minces ou de cloisons situées à l'intérieur des dernières divisions bronchiques et de leurs dilatations terminales, et circonscrivant des espaces très-petits de forme le plus souvent prismatique. Ces petites cavités, que nous avons désignées sous le nom d'*alvéoles*, tapissent l'intérieur des rameaux bronchiques des deux et quelquefois des trois derniers ordres de division. Disséminées à leur origine, elles se rapprochent bientôt de manière à n'être plus séparées que par des cloisons minces et à s'étendre, sans interruption, d'une division bronchique à la suivante.

Les renflements terminaux des bronches en sont couverts sur toute leur surface interne. Leur fond en contient 5, 6, ou 8; les autres parois en offrent un plus grand nombre.

La forme des alvéoles pulmonaires est loin d'être partout un prisme hexagone ou pentagone régulier. Cette régularité ne s'observe que dans les alvéoles qui tapissent le fond des infundibulums qui reposent sur une surface plane ou dans celles qui couvrent des portions de tubes rectilignes.

Les autres ont la forme, tantôt de simples godets arrondis ou élyptiques, tantôt de polyèdres sphériques, de coins formés par deux surfaces convexes, ou enfin de nids de pigeons.

Ces formes variées semblent en rapport avec l'espace que les alvéoles occupent et la direction de l'axe bronchique, de manière à offrir le plus de surface possible et le plus directement, à la fonction de l'hématose. Leurs bords libres sont très-minces et font saillie à l'intérieur des tubes bronchiques, leurs fonds reposent sur la paroi interne de ces tubes qu'ils dépriment légèrement.

Les cloisons inter-alvéolaires paraissent, à la loupe simple, avoir la même hauteur, mais à un grossissement plus considérable, on remarque parfois des cloisons qui dépassent les autres et circonscrivent un certain groupe d'alvéoles, disposition dont on trouve une image des plus caractéristiques dans le sac pulmonaire des reptiles. La direction des cloisons est le plus souvent perpendiculaire à la surface bronchique qui les supporte; dans les autres cas, elles forment, avec cette surface, des angles plus ou moins aigus. Ces cloisons, rectilignes jusqu'aux bords libres des alvéoles, se prolongent quelquefois d'un

côté pour se jetter, en forme de demi-opercule, sur l'orifice de ces cavités qu'elles rétrécissent plus ou moins.

Le développement du poumon, qui s'effectue après la naissance, porte sur toutes les parties qui le constituent ; de là une augmentation dans les dimensions des alvéoles pulmonaires, qui est proportionnelle à l'âge. A la naissance, elles n'ont généralement que de $0^{mm},05$; vers l'âge de 10 ans, elles atteignent $0^{mm},15$; à 20 ans, elles ont $0^{mm},20$; à 40, $0^{mm},25$; enfin à 60 ans et au-delà, elles varient en moyenne de $0^{mm},30$ à $0^{mm},35$. Les infundibulums offrent, dans leur plus grand diamètre, chez l'enfant au-dessous de 10 ans, $0^{mm},25$ à $0^{mm},45$; dans l'âge adulte, de $0^{mm},60$ à $0^{mm},75$; dans la vieillesse, de $0^{mm},60$ à $0^{mm},80$ et au-delà. Les dernières bronches varient, aux mêmes époques, entre $0^{mm},10$ et $0^{mm},15$; entre $0^{mm},40$ et $0^{mm},50$, et entre $0^{mm},50$ et $0^{mm},60$ (1).

La surface destinée à l'hématose est donc beaucoup plus grande qu'on ne l'a cru jusqu'ici, puisqu'elle n'occupe pas seulement l'extrémité terminale des tubes aériens, mais aussi toute l'étendue des trois dernières divisions bronchiques. Elle n'est pas non plus formée par des ramifications bronchiques très-courtes ou prolongements terminaux et aveugles de ces bronches, puisque les cavités qui les constituent en sont aussi distinctes par la forme et la situation que par la fonction dont elles sont chargées.

3° *Appareil vasculaire sanguin.* — La seule partie de cet appareil, qu'il intéresse de rappeler ici, est la distribution de l'artère pulmonaire.

Les rameaux de cette artère sont constamment satellites des divisions bronchiques. Cette loi ne subit d'exception que dans les derniers tubes aériens où la présence des alvéoles pariétales détermine une disposition particulière de l'appareil sanguin. Chaque lobule reçoit un rameau de l'artère pulmonaire, mais n'en reçoit qu'un seul qui s'accole immédiatement à la bronche lobulaire dont il égale ou même surpasse le calibre. Le mode de ramification de l'artère du lobule est une répétition en petit de ce que l'artère pulmonaire présente en grand dans le poumon.

A mesure que la bronche lobulaire fournit ses rameaux de premier, de deuxième, de troisième ordre, etc., l'artériole pulmonaire qui l'accompagne produit au même niveau des divisions dont chacune gagne immédiatement le tube aérien qui lui correspond. Dans le poumon, l'artère est unie à la bronche par un tissu cellulaire lâche ; mais dans le lobule, la division artérielle est intimement accollée à la bronche et le devient de plus en plus à mesure qu'elle se ramifie.

L'artère lobulaire, en se divisant ainsi dans l'ordre de succession des ramifications aériennes, décroît en calibre d'une manière progressive et régulière. Il n'en est pas de même des divisions aériennes qui conservent à peu près le même diamètre à partir des rameaux de se-

(1) Ces mesures ont été prises sur des poumons préparés d'après le procédé que j'ai indiqué dans le Mémoire déjà cité.

cond ordre ; aussi observe-t-on que l'artère, dont le calibre égalait celui du tube bronchique au moment de l'entrée dans le lobule, n'est plus que le cinquième environ du tube qu'elle accompagne dans les derniers ordres des divisions aériennes.

Au moment où apparaissent les alvéoles pariétales, le rameau artériel fournit des ramuscules latéraux en nombre indéterminé, et continue son trajet le long du tube aérien juqu'aux infundibulums. Ces ramuscules latéraux se ramifient dès leur origine, se répandent sur la face externe du conduit bronchique, s'anastomosent entre eux et forment un réseau dont chaque maille répond au fond d'une alvéole qu'il entoure en manière de ceinture. Le diamètre des vaisseaux qui constituent ce premier réseau est de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$; c'est de lui seulement que partent les capillaires destinés à mettre le sang en contact avec l'air. Il fournit une foule de ramuscules très-grêles qui se répandent dans les parois des alvéoles pulmonaires, s'anastomosent entr'eux et forment jusqu'aux bords libres des alvéoles un second réseau vasculaire dont les mailles ont de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ de largeur. Les capillaires qui constituent les mailles de ce réseau ont généralement $0^{mm},01$ en diamètre. Enfin, dans l'intérieur de chacun de ces derniers polygones vasculaires, il existe un troisième réseau sanguin, beaucoup plus fin que les précédents, car la largeur des mailles égale à peine l'épaisseur des vaisseaux qui les forment et ces derniers n'ont plus en diamètre que la moitié, le quart, le huitième et moins encore des capillaires du second réseau. Les radicules des veines pulmonaires communiquent avec ces réseaux sur les cloisons inter-alvéolaires et près du bord libre des alvéoles.

Nous avons déjà dit que l'artériole qui accompagne le dernier tube bronchique se partage en autant de ramuscules qu'il y a d'infundibulums terminaux. Chacun de ces ramuscules se comporte à l'égard de l'infundibulum de la manière que nous venons d'indiquer pour les tubes aériens munis d'alvéoles sur leurs parois.

On ne trouve dans les dernières bronches que des capillaires sanguins appartenant à l'artère pulmonaire ; ceux des artères bronchiques finissent au moment où les alvéoles pariétales se montrent en certain nombre, et il n'existe aucune espèce d'anostomose ou de continuité entre ces deux ordres de capillaires. D'où il résulte que l'artère pulmonaire est chargée à la fois de la fonction de l'hématose et de la nutrition des parties du poumon destinées à cette fonction.

Les veines pulmonaires forment deux plans ; l'un profond qui accompagne les divisions artérielles dans l'épaisseur du lobule ; l'autre, superficiel, qui rampe à la surface et se jette dans le précédent, soit solément en traversant le lobule en diagonale ou en gagnant l'espace interlobulaire, soit après s'être réuni au plan veineux superficiel des lobules voisins, et avoir couvert de ramifications la surface d'un nombre de lobules plus ou moins grand.

4° *Tissus qui entrent dans la composition du lobule pulmonaire.* — A part les vaisseaux sanguins dont nous avons parlé, les lymphatiques

et les nerfs dont la disposition est peu connue, le lobule offre à l'examen une membrane propre ou d'enveloppe, des parois bronchiques, des parois alvéolaires et enfin le tissu cellulaire ambiant.

a. — *Membrane d'enveloppe du lobule.* — Admise *à priori* par Willis et Haller, son existence a été niée par Reisseisen. Dans ces derniers temps, M. Bazin l'a observée à l'état morbide sur le poumon d'une panthère, et M. Deschamps l'a signalée comme formant une capsule ou une enveloppe générale pour chaque poumon.

La ténuité de cette membrane, son adhérence intime avec les parois des alvéoles pulmonaires qui en couvrent la face interne, expliquent pourquoi elle n'est pas généralement reconnue. Elle est cependant facile à constater sur les poumons en voie de putréfaction ou qui ont subi la dessication dans l'état d'insufflation.

Cette membrane est formée par une couche très-mince de fibres élastiques entremêlées de fibres appartenant au tissu cellulaire à noyaux décrit par Henle. Dans l'état morbide, elle acquiert une épaisseur notable, ainsi que nous l'avons observé plusieurs fois sur des poumons de vieillards. Imperméable à l'air, résistante à la distension, on peut la suivre sur chacune des faces du lobule auquel elle constitue une enveloppe complète parfaitement distincte de celle des autres lobules. C'est à cette membrane propre que l'on doit attribuer la résistance considérable que le lobule présente à la distension, car la structure des parois alvéolaires ne peut nullement en rendre compte.

b. — *Les parois de la bronche lobulaire* et de ses principales divisions offrent en procédant de dedans en dehors : 1° une couche d'épithélium vibratile dont les cellules ont la forme de cônes aplatis ; 2° la membrane muqueuse qui est réduite dans le lobule à l'état d'une couche transparente, mince, sans traces de fibres ; 3° un plan de fibres longitudinales de nature élastique, qui est formé par l'épanouissement des cordons longitudinaux, si apparents sous la muqueuse des grosses bronches ; 4° un autre plan de fibres irrégulièrement circulaires, qui offrent les mêmes caractères que les fibres musculaires de la portion membraneuse de la trachée-artère. Dans les divisions aériennes des derniers ordres, cette couche musculaire disparaît. Les tubes bronchiques sont, en outre, enveloppés à l'extérieur par du tissu cellulaire à fibres longitudinales et obliques.

Ainsi, à l'exception de l'élément cartilagineux, on retrouve dans les bronches du lobule les mêmes parties que dans le trachée-artère et dans les grosses bronches. Les cartilages, qui diminuent de nombre et d'étendue à mesure que les bronches se multiplient, atteignent rarement le lobule pulmonaire. Dans celui-ci disparaît à son tour l'élément musculaire ; en sorte que les dernières divisions aériennes n'offrent plus à l'examen que les deux couches membraneuses les plus internes des bronches, formées par l'élément muqueux et l'élément élastique.

c. — *Parois des alvéoles pulmonaires.* — Elles sont formées : 1° par

une charpente de fibres longues, élastiques, recourbées, qui partant de la base des cloisons inter-alvéolaires où elles s'entrecroisent sous divers plans, se dirigent obliquement, et par faisceaux très-minces qui laissent entr'eux des espaces vides, vers les bords libres des alvéoles qu'elles soutiennent. A la rencontre des cloisons, ces fibres s'entrecroisent avec celles des alvéoles voisines ;

2° Par une membrane transparente et sans traces de fibres, qui recouvre la charpente précédente et en remplit les espaces vides;

3° par une couche de cellules épithéliales arrondies ou oblongues dont la largeur varie de $0^{mm},003$ à $0^{mm},01$, et qui n'offrent pas les cils vibratiles de l'épithélium des canaux bronchiques.

Lorsqu'on brise une cloison inter-alvéolaire, les fragments présentent une cassure nette sans traces de filaments et leurs bords s'enroulent sur eux-mêmes.

On peut se former une idée assez juste des alvéoles pulmonaires pariétales et terminales, en supposant que leurs cloisons sont produites par le soulèvement successif de petits faisceaux de fibres élastiques, appartenant au plan interne des parois bronchiques, que ces faisceaux, entraînant avec eux la membrane transparente bronchique, se divisent en fascicules qui s'entrecroisent pour intercepter les espaces alvéolaires (1).

L'observation microscopique ne démontre, dans les parois alvéolaires, rien d'analogue aux fibres musculaires admises par plusieurs auteurs. L'expérimentation confirme ce fait. Le tissu cellulaire ne s'y montre pour ainsi dire qu'à l'état de vestiges. On n'en trouve que quelques fibres très-fines, à peine distinctes à un grossissement de 350 diamètres du microscope de G. Oberhauser.

La ténuité de ces fibres, leur peu d'abondance, et l'union intime des parties qui constituent les cloisons alvéolaires ne permettent pas de croire que l'air puisse s'infiltrer entre ces cloisons, pour constituer l'emphysème inter-vésiculaire, admise par beaucoup de médecins.

Toutes les parties que nous venons d'examiner et qui constituent le lobule pulmonaire sont intimement unies les unes aux autres par des fibres cellulaires. Entre les lobules, on peut faire pénétrer l'air par insufflation ; dans le lobule, au contraire, on produit plutôt la déchirure des cloisons et la désorganisation complète de la structure du lobule, que l'infiltration aérienne dans le tissu cellulaire interstitiel (2).

(1) On verra, dans la suite de ce travail, que l'emphysème, en dilatant les derniers canaux aériens et les infundibulums, produit l'effacement des cloisons inter-alvéolaires par une sorte de deplissement des extrémités bronchiques ; ce qui confirme notre opinion sur la structure de ces extrémités

(2) Depuis la publication de ce travail, il a paru en Hollande une dissertation sur le même objet, d'autant plus interessante qu'elle est basée sur les dernières recherches du professeur Schrœder Van der Kolk. Ce celebre anatomiste confirme, par ses observations, tous les faits que nous avons avancés. Il en est un seulement qu'il interprete d'une maniere différente. Nous avons dit dans notre Mémoire que l'on rencontre parfois, dans des poumons qui ont les

Chapitre II. — *Caractères généraux des poumons sains et des poumons atteints d'emphysème.*

Depuis Laennec, on admet généralement deux sortes d'emphysème dans le poumon : l'un ayant son siége dans le parenchyme du lobule pulmonaire, et que l'on pourrait désigner sous le nom d'*intra-lobulaire* ; l'autre, consistant dans l'extravasation de l'air dans le tissu cellulaire interlobulaire et sous-pleural et que l'on pourrait par opposition appeler *extra-lobulaire*. Nous ne voulons nous occuper ici que de l'anatomie pathologique du premier, connu sous le nom d'emphysème pulmonaire ou vésiculaire.

Les poumons atteints de cette maladie se distinguent par des *caractères extérieurs* provenant des modifications que ces organes ont subies dans leurs propriétés physiques et par des *caractères internes*, ou *anatomiques* proprement dits, dus aux altérations de leur structure intime. Ces derniers feront l'objet du chapitre suivant. Quant aux pre-

caractères apparents d'organes sains, de petites ouvertures ou pertuis sur les cloisons qui séparent les alvéoles et sur les parois des infundibulums; et nous considérions cette disposition comme un état anormal, comme une sorte d'emphysème. Mais il paraît que M. Schrœder Van der Kolk la prend, au contraire, pour un caractère de l'état physiologique de l'organe. Voici comment l'auteur de la thèse expose cette opinion et combat celle que nous avons émise : « Vesicularum vicinarum parietes vulgo arcte sibi agglutinativi videntur, ut « tantum vasa sanguifera intersint, quibusdam autem locis, neque raro fibra- « rum elasticarum fasciæ, per vesicularum margines ductæ, ab harum parie- « tibus recedunt, atque tubercularum sub forma ab uno pariete ad alium trans- « eunt, illaque ratione plures vesiculas mutuo quasi convinciunt et sustinent.

« Rossignol tales tuberculas non admittere videtur in pulmone sano, atque « ex emphysematis specie explicat, quo septa vesicularum absorpta essent aut « dilacerata; ast vero constanter illas tuberculas invenimus in pluribus pulmo- « nibus sanis non tantum hominum, verum etiam vaccarum, porci et ovis, cervi « Elaphi, aliorum, ut nobis portuis videantur pertinere ad sanum statum (*). »

De l'opinion de M. Schrœder Van der Kolk, il résulterait cette conséquence importante que les cavités du poumon, destinées à la fonction de l'hématose, auraient entre elles des communications directes. En effet, l'auteur ajoute plus loin : « Jam quæstio est gravissima, num alveoli vicini uti Rossignol voluit, « inter sese communiunt tantum ope rami, cui adherent, num etiam aliis « ostiis lateralibus; illam autem Rossignolii sententiam sine dubio falsam esse « invenimus, quum et in aliis pulmonibus, et luculentissime in iis cervis « Elaphi aperturas minutissimas, rotundas et imprimis ellepticas viderimus, « quarum ope communicatio inter infundibula vicina potebat (**). »

Malgré toute l'estime que nous professons pour ce savant et quoique nous le considérions comme une des principales autorités dans les sciences anatomiques, nous ne pouvons néanmoins nous refuser à l'évidence des faits. Nous avons de nouveau examiné la disposition dont il s'agit, et ne l'ayant rencontrée que rarement dans les poumons sains de l'adulte, plus rarement encore dans ceux de l'enfant, dans les poumons du chien, du chat et d'autres animaux domestiques, sacrifiés en pleine santé, nous ne pouvons que persister dans l'opinion déjà émise, c'est-à-dire considérer ces pertuis comme un produit purement accidentel. D'ailleurs, le travail que nous publions aujourd'hui renferme des faits propres à éclairer cette question et à compléter notre démonstration.

(*) Dissertatio anatomica inauguralis de subtiliori pulmonum structura. — Arius Adriani. — Trajecti ad Rhenum, 1847, page 34.

(**) Idem. Pages 41 et 42.

miers, ils résulteront de l'étude comparative que nous allons faire du volume, de la forme, de la pesanteur, de la couleur, de la densité, de la cohésion, de la crépitation, de l'élasticité, de la perméabilité des poumons, à l'état sain et à l'état emphysémateux.

§ 1. — *Volume.*

On n'est pas encore arrivé à une évaluation exacte du volume normal des poumons. L'on n'est pas même d'accord sur les moyens d'appréciation. Les uns ont évalué la capacité de cet organe en additionnant la quantité d'air expulsé pendant l'expiration avec celle qui reste dans le poumon quand le mouvement expiratoire est accompli. C'est ainsi qu'Allen et Pepys ont trouvé que les poumons d'un adulte bien conformé contiennent cent quatre-vingts pouces cubes d'air et qu'après l'expiration qui termine la vie, ces organes en renferment encore 100 pouces cubes. Meckel estime que cette quantité est, terme moyen, de cent dix pouces cubes. D'autres ont mesuré le volume des poumons d'après la quantité d'eau qu'ils peuvent déplacer. C'est ainsi que Huscke a trouvé que ce volume était

	POUR LE POUM. DROIT. pouces.	POUR LE POUM. GAUCHE. pouces.	ENSEMBLE. pouces.
1° Dans l'état de la plus grande inspiration de	260	220	480
2° Avec l'air contenu après la mort.	70 à 96 1/2	65 à 87 3/4	135 à 184
3° Tout à fait vides d'air.	25 à 31 1/2	22 à 28 1/2	47 à 60

Il a également mesuré les principaux diamètres des poumons de l'homme et de la femme et en a donné le tableau suivant :

	HOMME.		FEMME.	
	POUM. DR. pouces.	POUM. GAUC. pouces.	POUM. DR. pouces.	POUM. GAUC. pouces.
1° Diamètre du poumon à sa face externe.	10 à 11	11 à 12	8	8 1/2
2° Diamètre à sa face interne. . .	6 à 7	6 1/2 à 7 1/2	5	5 1/2
3° Diamètre de l'épaisseur. . . .	7 à 7 1/2	6 1/2 à 7	6 1/2	6
4° — transversal à la racine.	3 1/2	3	3 1/2	2 3/4
5° — à la base	5 à 5 1/3	4 3/4 4	4 1/2	4

On doit comprendre tout ce qu'il entre d'arbitraire dans de semblables calculs. Les résultats varieront, en effet, suivant la quantité d'air contenu après la mort, c'est-à-dire selon l'état plus ou moins sain de l'organe ; ou bien, ils seront en rapport avec la quantité d'air insufflé par l'expérimentateur pour donner aux poumons un état de plénitude qui simule celui de la plus grande inspiration. Ces divers modes de mensuration laissent donc beaucoup à désirer.

Estimant le volume des poumons d'après les diamètres des cavités pleurales qui le renferment, j'ai mesuré ces cavités chez huit femmes ayant succombé à des affections étrangères aux organes respiratoires

et chez lesquelles ces organes nous ont paru sains à l'autopsie. La longueur du corps était, terme moyen, pour ces cas, d'un mètre trente-six centimètres ; l'âge variait de 35 à 40 ans.

La cavité pleurale offrait en moyenne :

A. Diamètres verticaux.

1° Le diamètre vertical, pris du sommet le plus élevé de la cavité et tombant sur la partie la plus saillante de la base, $0^m,184$.

2° Le diamètre vertical oblique partant du même point que le précédent et aboutissant à la partie la plus inférieure de la cavité. Celle-ci repond aux cartilages des fausses côtes, vers le milieu de la partie latérale de la base de la poitrine, $0^m,280$.

B. Diamètres antéro-postérieurs, pris suivant l'horizon et allant de la partie concave de la cavité à son angle antérieur près du bord sternal.

1° Le diamètre partant en arrière de l'espace qui sépare la dixième côte de la onzième et passant sur le sommet de la convexité diaphragmatique, $0^m,145$;

2° Le diamètre partant de la sixième côte, $0^m,120$;

3° Partant de la quatrième et aboutissant en avant au cartilage de la première, $0^m,080$.

C. Diamètres transverses mesurés suivant un plan vertical qui passerait au-devant de la colonne dorsale et partagerait la cavité pleurale ou le poumon en deux segments, dont l'un postérieur représenterait un demi-cône, et l'autre antérieur offrirait l'image d'un coin sphérique. Ce sont les plus grands diamètres transversaux de la cavité; l'un d'eux mesure l'épaisseur du poumon de sa racine à sa face convexe.

1° Le diamètre inférieur passant sur le sommet de la convexité du diaphragme, $0^m,090$;

2° Le diamètre répondant en dehors au corps de la septième côte, $0^m,095$;

3° Le diamètre répondant en dehors à l'espace qui sépare la cinquième côte de la sixième, $0^m,100$;

4° Le diamètre répondant en dehors au corps de la quatrième côte, $0^m,080$.

D. Diamètres obliques partant du point qui correspond à la racine des poumons. Ceux qui aboutissent à la base de la cavité sont les plus longs. Les deux principaux sont, l'un antérieur, l'autre postérieur.

1° Le diamètre oblique antérieur aboutissant à l'angle inférieur et antérieur de la cavité, $0^m,215$;

2° Le diamètre postérieur, $0^m,195$.

Nous ferons remarquer la longueur du diamètre qui s'étend de la racine du poumon à son angle antérieur et inférieur, c'est-à-dire, au point où l'on rencontre le plus fréquemment l'emphysème et où il se montre ordinairement le plus prononcé lorsqu'il est général.

Si l'on réfléchit que le volume des poumons varie selon l'âge, le sexe, la taille, le développement osseux et musculaire des sujets, que les états morbides même étrangers à cet organe ont sur lui une action

marquée, il paraîtra évident que l'on ne peut arriver à la moyenne de ce volume que par un grand nombre de mesures prises sur des sujets parfaitement sains et en tenant compte des circonstances indiquées. Pour une semblable détermination, les mesures qui précèdent ne peuvent servir que de simples renseignements.

On sait que dans l'état normal le volume des poumons est en rapport exact avec la capacité du thorax et qu'il varie comme cette capacité. D'autre part, ce n'est pas tant le volume absolu des poumons qu'il importe de connaître, que les moyennes de ses principales dimensions, moyennes qui permettent d'apprécier les modifications que l'état morbide fait subir à ces organes. Il en résulte que les moyennes des principaux diamètres et des principales circonférences du thorax étant déterminées chez l'homme bien conformé, ces mesures peuvent servir à évaluer, même pendant la vie, le développement normal ou anormal des poumons.

MM. Quetelet et Gluge ont fait sur ce sujet des recherches intéressantes. Ce dernier en a publié les résultats sous forme de tableaux d'où nous extrayons ce qui suit (1) :

(1) Poids et mesures des organes de l'homme dont l'état a été constaté par l'inspection nécroscopique des tissus, par M. Gluge. Extrait du tome XX des Mémoires de l'Académie des sciences de Belgique. 1847.

DÉSIGNATION.	Deux frères parfaitement bien constitués, exécutés le même jour pour assassinat.		Moyenne de dix hommes. Observat^s. recueillies par M. Quételet sur 10 hom. du régim^t. d'élite.	Moyenne de ces douze cas.
	I. Tailleur et braconnier.	II. Journalier et braconn.		
Age.	29 ans.	21 ans.	25 à 30 ans.	23 à 30
Taille	1m,680	1m,700	1m,702	1m,694
Poids net du corps.	. . .	64 kil.	67,5 kil.	65,7 k.
Diamètre transversal entre les acromions.	0m,352	0m,345	0m,405	0m,367
Diamètre transversal entre les aisselles.	0,232	0,235	0,308	0,258
Diamètre transversal du milieu de la poitrine	0,262	0,262	—	0,262
Distance des deux seins . . .	0,190	0,198	0,202	0,197
Diamètre antéro-postérieur entre l'épine dorsale et le manubrium.	0,120	0,130	0,123	0,124
Diamètre antéro-postérieur entre l'épine dorsale et le milieu du sternum.	0,188	0,220	0,187	0,198
Circonférence de la poitrine au-dessous des aisselles. . . .	0.925	0,950	0,912	0,929
Circonférence de la poitrine au milieu du sternum. . . .	0,964	1,040	0,845	0,950 (1)

	MOYENNE DE DOUZE VIEILLARDS.	DIFFÉRENCE. — en moins. + en plus.	
Age	70 à 90	—	0,054
Taille.	1m,64	—	
Diamètre bi-acromial	0m.306	—	0,061
— bi-oxillaire	0,217	—	0,041
— du milieu de la poitrine . .	0,250	—	0,012
— de h. de la partie inférieure.	0,256		—

(1) Nous ajouterons à ce tableau la moyenne des mesures prises au Grand Hospice sur douze vieillards dans un état de décrépitude avancée, mais ne manifestant aucuns symptômes morbides du côté des organes pectoraux.

	MOYENNE DE DOUZE VIEILLARDS.	DIFFÉRENCE. — en moins. + en plus.	
Diamètre antéro-postérieur entre l'épine dorsale et le manubrium. . .	0,145	+	0,021
Diamètre moyen ou du milieu du sternum	0,189	—	0,009
Diamètre inférieur	0,172		—
Circonférence de la poitrine au-dessous des aisselles.	0,750	—	0,179
Circonférence de la partie moyenne. .	0,782	—	0,168
— inférieure.	0,768		—
Hauteur du sternum.	0,233		—
— oblique du thorax compris entre la fourchette sternale et le bord cartilagineux des côtes	0,330		—

On ne peut tirer aucune conséquence de ces mesures. Des moyennes qui reposent sur un si petit nombre de faits ne peuvent évidemment entrer que comme élément dans la question pour servir plus tard à sa solution.

Quoi qu'il en soit du volume normal et moyen des poumons, ces organes subissent dans l'emphysème des modifications faciles à apprécier. Leur volume est constamment augmenté, soit d'une manière générale, soit dans quelques points seulement. Lorsque la maladie est très-prononcée, les organes au lieu de s'affaisser à l'ouverture du thorax, comme dans l'état sain, et de laisser entre eux et la plèvre un intervalle assez considérable, augmentent au contraire de volume, débordent par l'ouverture comme si la cavité thoracique était trop petite pour les contenir et conservent cet état d'expansion, même après leur extraction de la poitrine. D'autres fois ils n'augmentent pas de volume, mais ils restent en contact avec les parois de la cavité pleurale. Enfin, lorsque l'emphysème n'existe qu'à un degré médiocre, ils éprouvent un léger affaissement qui peut être, en outre, plus prononcé dans certains points que dans d'autres.

L'augmentation de volume des poumons s'effectue aux dépens des parois des cavités thoraciques.

Or, les moins résistantes sont le médiastin, les muscles intercostaux et le diaphragme. Il semble donc naturel d'admettre que ce seront ces parois qui céderont surtout à la force d'expansion des poumons.

Cependant cette conjecture n'est vraie que pour le médiastin. Lorsque les deux poumons sont affectés, leurs bords antérieurs sont rapprochés et parfois pressés l'un contre l'autre, et le médiastin antérieur est plus ou moins effacé. Le cœur est alors, en partie ou en totalité, recouvert par le bord antérieur du poumon gauche. Si un seul des poumons est emphysémateux, son bord antérieur dépasse la ligne médiane en repoussant au devant de lui le médiastin. Ce dernier entraîne le cœur dans son déplacement, et sa position varie suivant le poumon affecté et suivant l'intensité de la maladie.

Les parois formées par les muscles inter-costaux présentent, au contraire, une résistance qui dépasse fréquemment celle des parois osseuses. L'énergie que les fibres musculaires sont obligées de déployer,

pour élever les côtes et favoriser ainsi l'inspiration difficile et incomplète des emphysémateux, explique la force qu'elles acquièrent et la résistance qu'elles offrent. Stokes qui a particulièrement étudié ce sujet n'a jamais vu les espaces inter-costaux effacés, même quand la poitrine était considérablement agrandie (1). Il n'en est pas de même du diaphragme qui cède, dans certains cas, au point d'augmenter considérablement le diamètre vertical de la cavité thoracique. Lorsque cet abaissement du diaphragme est considérable, il y a déplacement en bas du cœur, refoulement en avant et en bas des viscères abdominaux, et cette disposition coïncidant avec une augmentation nulle ou a peu près nulle des parties supérieures du thorax, il en résulte, sous le point de vue du diagnostic, une espèce d'emphysème dont Stokes a parfaitement établi les symptômes.

Le déplacement des parois osseuses du thorax n'est dans la plupart des cas qu'un simple soulèvement des côtes, produit par une expiration incomplète. Tous les diamètres horinzontaux et particulièrement les diamètres transverses sont augmentés, la partie supérieure de la poitrine est plus convexe. Lorsque cet état est très-prononcé, les épaules sont considérablement élevées et prennent l'aspect d'ailes de pigeons, si caractéristique chez ces malades. Ce déplacement des côtes est l'altération la plus fréquente. Étudiée avec soin dans trente-sept cas par M. Louis, elle fut rencontrée dans tous. « La poitrine était univer-« sellement plus saillante que dans l'état naturel, comme globuleuse « au même dégré dans les points correspondants où la saillie dépendait « à la fois des côtes et des espaces inter-costaux qui n'étaient pas dé-« primés comme dans l'état naturel, surtout chez les personnes mai-« gres (2). » Outre cette déformation générale du thorax, et alors surtout qu'elle est peu prononcée, on observe dans nombre de cas une altération partielle, sous forme de saillie convexe, bornée le plus souvent à un des côtés de la poitrine. Son siége le plus ordinaire est la partie antérieure et supérieure du thorax. On en rencontre parfois cependant en arrière au-dessous des omoplates et en haut derrière les clavicules.

Les divers déplacements des parois thoraciques que nous venons d'indiquer sont en harmonie avec le développement général ou partiel des poumons. L'emphysème affecte, en effet, de préférence le bord tranchant et les parties voisines, puis le sommet et la base de cet organe, c'est-à-dire les points qui correspondent aux déformations partielles les plus fréquentes du thorax. Pour se former une idée de l'accroissement de volume des poumons dans les parties où l'emphysème offre le plus de développement, il suffit d'y observer les changements de dimensions des lobules pulmomaires. Au lieu de la largeur d'un à deux centimètres au plus, qu'ils possèdent dans l'état sain, ils mesu-

(1) William Stokes. The Dublin Journal, n° 25. *Encyclographie des sciences médicales*, Bruxelles, 1836.

(2) Louis. *Recherches sur l'emphysème pulmonaire.* Mémoires de la Société médicale d'observation, tome, I, Paris 1836.

rent parfois dans ces lieux trois et quatre centimètres, tandis que dans les autres parties du même poumon ils ne surpassent les dimensions normales que d'une fraction de centimètre.

§ II. — *Forme.*

La forme du poumon sain a été comparée à celle d'un cône irrégulier dont le sommet arrondi est dirigé en haut, et dont la base concave et oblique repose sur la convexité du diaphragme. On peut s'en former une idée plus exacte en supposant cet organe divisé par un plan vertical et transverse qui passerait au devant de la partie antérieure et moyenne de la colonne dorsale. Des deux portions qui en résultent, l'une, postérieure, représente une moitié de cône dont la base est concave et oblique ; l'autre, antérieure, une pyramide triangulaire dont la face interne est plane, la face externe convexe et la base concave.

La forme générale du poumon est peu altérée dans l'emphysème. Chez les vieillards seulement, la maladie affectant de préférence les parties supérieures, le sommet du poumon se montre plus volumineux et plus arrondi, tandis que la base semble diminuée en épaisseur. Dans ces cas, au lieu de représenter une pyramide, la forme de cet organe approche plutôt de celle du cylindre.

La *surface* des poumons sains est unie, polie et luisante, qu'ils soient dans l'état d'affaissement ou d'extension ; aucune alvéole, aucun lobule ne s'y montre plus saillant que les autres. A l'aide de la loupe simple, on peut apercevoir, à travers la plèvre, les petites cavités aériennes qui se montrent partout régulières et de même dimension. Dans les poumons emphysémateux, l'aspect de cette surface et de ces cavités change. Au lieu d'être unie, leur surface est inégale, bosselée et plus sèche que dans l'état sain. Le nombre, la forme, la grosseur des bosselures dépendent du degré de la maladie. Quelquefois très-petites et appréciables seulement à la loupe, elles sont dans certains cas de la dimension d'une noisette, d'un œuf de pigeon ou même d'un œuf de poule. Le plus souvent larges à la base, elles se montrent quelquefois pédiculées et forment de véritables tumeurs aériennes suspendues à la surface de l'organe.

Les cloisons interlobulaires sont marquées par des enfoncements, ou sillons plus ou moins profonds.

Chacune des bosselures ou saillies occupe une portion du lobule ou un lobule tout entier ou bien plusieurs lobules à la fois. Lorsque ces bosselures sont petites, rapprochées et à peu près d'égales dimensions, la surface du poumon représente assez bien l'aspect extérieur du sac pulmonaire des reptiles.

Les petites cavités alvéolaires et uniformes des poumons sains ont disparu dans une étendue plus ou moins grande de leur surface. A leur place, se trouvent des cavités de toutes formes et de toutes dimensions, mais toujours plus grandes que les cavités normales. Ce sont

elles qui constituent les saillies ou bosselures dont il vient d'être question.

La plupart sont arrondies, d'autres sont oblongues ou ovalaires, et il en est qui ont un circuit polygonal, formé par les limites du lobule dont elles occupent tout l'espace. Leur capacité mesurée à la surface des poumons varie de moins d'un millimètre à plusieurs centimètres.

Dans l'état sain, *les bords* tranchants des poumons sont minces et suivent une ligne courbe ou droite, mais régulière. Dans l'état emphysémateux, ils sont épais, allongés et décrivent des sinuosités de toutes espèces. Cette irrégularité et cet épaississement sont dus à la présence de saillies et de tumeurs semblables à celles de la surface des poumons. C'est principalement sur ces bords que l'on observe les tumeurs aériennes pédiculées. L'allongement est dû à la même cause et à l'augmentation générale du volume des poumons. Il se manifeste surtout aux bords antérieurs de l'organe, qui répondent à la paroi la moins résistante de la cavité qui renferme le poumon. Ces bords poussant au devant d'eux les lames du médiastin antérieur dont ils effacent parfois la cavité, recouvrent le cœur et les gros vaisseaux qui en partent, et finissent par ne plus être séparés que par la simple épaisseur des deux lames pleurales.

§ III. — *Pesanteur.*

Le poids absolu des poumons est aussi variable que son volume. Dans beaucoup d'ouvrages classiques, il est porté à quatre livres. Huschke estime qu'il n'est que de 42 à 43 onces chez l'homme, et de 33 onces chez la femme. Dans les deux suppliciés dont nous avons cité plus haut les dimensions de la poitrine, M. Gluge a trouvé que les poumons du premier ne pesaient ensemble que 523, 91 grammes, et ceux du second 524, 98 grammes. Le poids du corps n'a été pris que sur ce dernier; il était de 64 kilogr. Le développement parfait des systèmes musculaires et osseux chez ces deux sujets, l'état d'intégrité de tous leurs organes et des poumons en particulier, autorisent à considérer la pesanteur que ceux-ci offraient comme approchant beaucoup du terme moyen de ces organes à l'état exsanguin. Il resterait donc, pour en avoir le poids absolu, à déterminer la quantité moyenne de sang qu'ils renferment après la mort. Or, cette quantité doit varier dans des limites assez étendues, si l'on en juge seulement par les diverses évaluations que les auteurs ont données du poids des poumons.

La pesanteur spécifique des poumons est moindre que celle de l'eau. Lorsqu'on place un poumon sain dans ce liquide, il surnage, mais en y pénétrant plus ou moins. Une portion détachée de l'organe se comporte de la même manière. Huschke a cherché à déterminer la pesanteur spécifique des poumons d'une manière précise, et il a trouvé :

1°	Pesanteur spécifique sans air.	— 1,0560
2°	— — dans l'état d'expiration après la mort.	— 0,3429 à 0,7392
3°	— — dans la pleine inspiration. . .	— 0,1256

Nous avons fait de nombreuses expériences pour nous assurer de la pesanteur spécifique de ces organes aux principaux âges de la vie. Nous avons eu soin de ne faire choix que de poumons parfaitement sains, et c'est peut-être à cela que nous devons de ne pas avoir rencontré les mêmes chiffres que l'anatomiste allemand. Pour comparer l'état sain à l'état morbide, il faut un point de départ fixe. Nous n'avons pris en conséquence que la pesanteur spécifique des poumons dans l'état d'affaissement où ils se montrent après l'ouverture des parois thoraciques.

1° Enfant à terme ayant respiré quelques heures ou quelques jours. 0,8029
2° Adultes (27 ans : moyenne de 3 cas). 0,6807
3° Adultes (40 ans : moyenne de 6 sujets). 0,6090
4° Poumons d'un chien de petite taille, sacrifié en pleine santé. 0,8028

Ces recherches prouvent qu'il existe, comme on l'a déjà présumé, une progression décroissante bien marquée dans la pesanteur spécifique du poumon, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, et démontrent une analogie de plus entre la conformation des poumons de l'enfant et ceux des animaux sacrifiés en pleine santé (1).

Dans l'état emphysémateux, la pesanteur absolue et la pesanteur spécifique des poumons diminuent en raison du progrès de la maladie. Il est rare de rencontrer, à l'autopsie, des poumons emphysémateux qui soient complétement exempts d'autres altérations morbides.

Par suite, il est très-difficile d'apprécier d'une manière rigoureuse la perte du poids absolu de ces organes, due à l'emphysème. Il n'en est pas de même de la pesanteur spécifique ; un lobe ou fragment de lobe pouvant suffire pour son estimation.

1° Poumons légèrement emphysémateux. (Lobe antérieur et supérieur gauche chez un enfant de 4 à 5 ans). . 0,5191
2° Emphysème au 2e degré; bosselures de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois, de la surface pulmonaire. (Adulte de 40 ans). 0,31134

(1) Depuis ces recherches, nous avons eu l'occasion de faire l'examen cadavérique de deux criminels suppliciés dans la fleur de l'âge, et d'une bonne conformation. Il nous a paru qu'il ne serait pas sans intérêt de consigner ici la pesanteur spécifique de leurs poumons.

Vandenplas, âgé de 27 ans ; Rosseel, âgé de 29 ans, exécutés à Bruxelles, en février 1848.

Pesanteur spécifique des poumons du 1er. . . . 0,5158
— — — du 2e. . . . 0,3453

Ces derniers étaient moins affaissés et contenaient beaucoup plus d'air que les poumons du premier. Dans les uns et les autres il existait un peu d'emphysème disséminé.

La différence du poids qu'ils présentent avec ce que nous avons rapporté plus haut ne peut être expliquée par le léger degré d'emphysème qu'on y observe. Mais ici, comme dans l'évaluation de la pesanteur des autres organes des suppliciés, on doit tenir compte de l'état de vacuité des vaisseaux sanguins.

3° Emphysème au 3e degré, cavernes aériennes (âge 55 ans). 0,1105
4° Certaines portions de poumons emphysémateux comprenant des tumeurs aériennes. 0,0516
5° Un chien de même taille que le précédent et chez lequel M. le professeur Thiernesse avait produit l'emphysème par l'introduction de l'éther liquide dans les veines. Pesée faite douze heures après la mort. . 0,6316

§ IV. — *Couleur.*

La couleur des poumons dans l'état sain est, chez les jeunes enfants, d'un rose pâle parsemé de marbrures capillaires. Chez l'adulte et le vieillard elle est d'un blanc légèrement rosé, à fond grisâtre et parsemé de taches noires formant des points, des lignes ou des plaques qui décrivent des polygones plus ou moins réguliers. Cette coloration n'appartient qu'aux parties antérieures des poumons sains, les parties postérieures étant constamment d'un rouge sombre sur le cadavre.

Dans l'emphysème, quel que soit l'âge des sujets, la couleur des poumons est d'un blanc plus ou moins éclatant. Les taches noires de la surface sont peu prononcées, même chez les vieillards, lorsque la maladie date d'un grand nombre d'années. A la place du brun-rouge des parties postérieures du poumon, on observe une coloration blanche, moins prononcée seulement que dans le reste de l'organe. Si l'emphysème n'est que partiel, la couleur blanche n'existe que sur les parties malades et cette couleur tranche alors assez vivement sur les parties environnantes. En général, la coloration blanche est d'autant plus prononcée que l'emphysème est d'un degré plus avancé.

§ V. — *Densité, cohésion.*

Le poumon est de tous les organes de l'économie celui qui présente la plus grande différence entre son volume apparent et son volume réel. Le volume apparent mesuré par la capacité de la cavité pleurale qu'il occupe, se réduit d'une quantité assez considérable dès que cette cavité est ouverte. Dans cet état d'affaissement, il est loin d'avoir atteint le minimum de son volume ; mou et se laissant déprimer par la main qui le presse, il se réduit à une fraction de son volume primitif après l'expulsion complète de l'air. On peut se former une idée approximative de la densité du poumon sain, en comprimant entre les doigts l'un de ses bords libres, de manière à en chasser complétement l'air. Il offre si peu de résistance que la partie comprimée se réduit à une lame mince.

Les poumons emphysémateux, au contraire, changent peu ou point de volume par la pression de l'air sur leur surface externe. Ils cèdent difficilement à la main qui les comprime. Lorsqu'on cesse la pression, ils reviennent peu à peu à leur forme première, surtout si on les comprime dans une autre partie. Cette *résistance* du poumon emphysémateux est due à la difficulté qu'éprouve l'air à s'échapper de son tissu, et non à l'augmentation du volume réel de cet organe. Si l'on

comprime entre les doigts un de ses bords libres, on ne trouve pas, après l'expulsion complète de l'air, que son tissu diffère pour la fermeté et l'épaisseur avec celui d'un poumon sain dans les mêmes circonstances. Quelquefois il semble plus épais, d'autres fois plus mince ; mais ce mode d'appréciation est trop peu rigoureux pour en conclure à la densité du poumon malade. Le priver complétement d'air est à peu près impossible, quel que soit le nombre des piqûres que l'on y pratique. Il reste l'examen des modifications intimes qu'il subit dans sa structure, et cet examen démontre qu'il y a diminution dans le nombre des cloisons qui forment son tissu et que cette diminution n'est pas toujours compensée par l'épaississement des membranes que l'on observe dans quelques points ; c'est-à-dire, que le poumon emphysémateux est généralement moins dense que le poumon sain.

La cohésion du poumon s'apprécie par la force que l'on doit employer pour déchirer son tissu avec les doigts et par la résistance qu'il offre à la distension. Sous ce double rapport, on n'observe entre l'état sain et l'état emphysémateux aucun caractère bien tranché. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est généralement moindre que dans l'état physiologique. On a beaucoup parlé, il y a quelques années, du peu de cohésion des poumons, qui serait telle qu'il y aurait danger à pratiquer l'insufflation artificielle chez les asphyxiés, surtout chez les enfants. M. Leroy d'Etiolles a particulièrement appelé l'attention sur ce sujet. Il rapporte, dans son *Mémoire sur les dangers de l'insufflation pulmonaire*, nombre d'expériences faites sur des lapins, des chèvres, des moutons, etc., qui prouvent que l'air, poussé brusquement dans la trachée-artère, détermine chez ces animaux une mort soudaine. Le plus souvent, dit M. Leroy, l'air insufflé déchire le tissu du poumon, se répand dans la cavité de la plèvre, repousse et presse le poumon, et s'oppose ainsi à l'accomplissement de la respiration.

Pour rendre ces faits applicables à l'homme, M. Magendie cite le résultat d'expériences faites sur des cadavres d'adultes et de vieillards. Plusieurs fois il a vu qu'un tube introduit dans la trachée-artère par une incision déterminait un épanchement d'air entre les plèvres costales et pariétales.

M. Piedagnel, qui partage l'opinion de ces deux savants, ajoute qu'en 1826 il accoucha une dame enceinte de huit mois ; l'enfant qu'elle mit au monde, du reste bien constitué, ne donnant aucun signe de vie, il essaya, mais inutilement, divers moyens pour rétablir la respiration, et l'insufflation du poumon ne fut pas oubliée. Lorsqu'il fit l'ouverture du corps, il ne trouva aucune cause de mort ; seulement les poumons étaient fortement emphysémateux. Il se demanda alors, si par l'insufflation on n'ajoute pas ainsi une cause de mort à celle à laquelle on se propose de remédier (1).

Nos recherches sur les causes de l'emphysème pulmonaire nous ayant conduit à répéter les expériences de M. Leroy d'Etiolles, il nous a paru important d'y ajouter des faits propres à en déterminer la por-

(1) Piedagnel. *Recherches sur l'emphysème*, page 16.

tée. Car, s'il est utile de faire connaître les dangers d'un moyen thérapeutique, il ne l'est pas moins de combattre les craintes exagérées qui tendent à le faire rejeter de la pratique, surtout quand ce moyen est souvent efficace et dans bien des cas l'unique ressource pour sauver d'une mort imminente.

Toutes nos expériences ont été faites au moyen d'un tube introduit dans la trachée-artère, par incision, et remplissant complétement ce conduit aérien. Chez le lapin, l'insufflation avec la bouche suffit pour déterminer l'emphysème, et même la déchirure du poumon et l'extravasation de l'air entre les plèvres, quand elle est faite avec force et brusquement. Chez le chien, au contraire, l'insufflation, faite de cette manière et quelque forte qu'elle soit, n'a jamais produit d'altération. Bien plus, chez les chiens de grande taille, l'insufflation forcée, pratiquée à l'aide d'un soufflet à deux mains muni d'un robinet et continuée pendant un quart d'heure, une demi-heure, quelquefois plus, de manière à fatiguer successivement plusieurs aides, ne donnait lieu à aucun trouble consécutif dans les fonctions respiratoires. Cette expérience, renouvelée plusieurs fois sur le même chien, n'aboutissait également qu'à des résultats négatifs. Après chaque expérience, l'animal restait quelques secondes immobile et comme anéanti; mais bientôt les fonctions reprenaient leur activité normale et on n'observait plus ni toux, ni gêne de la respiration. Si l'animal était sacrifié peu de temps après, on ne trouvait dans les poumons d'autres altérations que des espèces de vergetures blanchâtres parcourant leur surface et semblables à celles que l'on produit sur un lobe insufflé du poumon du chien, quand on le presse fortement entre les doigts. Dans un seul cas, chez un chien de petite taille, nous avons produit de l'emphysème et des extravasations sanguines dans le poumon, lésions qui ont entraîné la mort de l'animal après plusieurs jours de dyspnée. Mais ici, nous devons noter que pour simuler le mécanisme de l'effort, on avait pressé fortement sur les parois thoraciques pendant que les poumons étaient violemment distendus par l'insufflation. Il est donc évident qu'il existe une grande différence entre la cohésion du poumon du chien, et celle du poumon du lapin. D'après nos expériences, les poumons de ces deux mammifères nous ont paru former les limites extrêmes d'une échelle de cohésion dans laquelle se placent successivement les poumons du cheval, du bœuf, de la chèvre, du mouton, etc. Mais chercher à conclure du poumon de ces animaux au degré de cohésion du poumon de l'homme, serait évidemment se fourvoyer. Aussi avons-nous entrepris pour éclairer la question une série d'expériences sur des cadavres humains de tout âge.

En opérant sur des enfants nouveau-nés qui n'avaient pas respiré, et sur d'autres qui avaient respiré pendant quelques heures, quelques semaines ou quelques mois, nous n'avons jamais obtenu d'emphysème pulmonaire par l'insufflation faite *avec la bouche dans les limites d'une expiration ordinaire.*

Chaque insufflation était cependant accompagnée d'un soulèvement

considérable des côtes qui s'affaissaient ensuite par la sortie de l'air, de manière que nous simulions pendant un temps plus ou moins long la succession des grands mouvements respiratoires. Nous avons varié aussi le degré de force de l'insufflation en faisant les unes lentement, les autres brusquement avec toute la puissance de nos forces expiratrices, et néanmoins, nous n'avons trouvé à l'ouverture du thorax que des poumons ayant tous les caractères extérieurs de l'état sain.

L'inspection du poumon frais n'étant pas toujours suffisante pour reconnaître l'existence de l'emphysème partiel, nous avons soumis plusieurs lobes de ces poumons à notre mode de préparation habituel; c'est-à-dire à l'injection colorante des capillaires sanguins, suivie de la dessiccation de l'organe dans l'état d'insufflation. L'étude de ces lobes, faite ensuite au moyen de coupes convenables, ne nous a révélé également aucunes traces d'emphysème. N'obtenant pas de résultats positifs en procédant de cette manière, nous avons essayé de produire l'emphysème en retenant dans les poumons l'air introduit par plusieurs insufflations successives jusqu'à ce que nous ne puissions plus en faire pénétrer. Dans la plupart de ces cas, et non dans tous, la poitrine dilatée outre mesure ne revenait qu'incomplétement à sa forme première, et nous trouvions des cavités anormales dans les lobules pulmonaires, et quelquefois de l'emphysème entre les lobules.

Nous devons ajouter que nous avons fait choix pour cette série d'expériences de cadavres d'enfants qui avaient succombé à des affections étrangères aux voies respiratoires.

Chez les adultes, il est plus rare de rencontrer, à l'autopsie, des poumons parfaitement sains; aussi nos expériences ont-elles été moins nombreuses. Cependant elles n'en sont pas moins concluantes, puisque dans aucun cas nous n'avons obtenu d'emphysème de quelque manière que nous ayons fait l'insufflation, et quelle que soit la force que nous ayons employée. Ce n'est qu'à l'aide du soufflet à deux mains que nous sommes parvenu chez eux à altérer la structure des poumons renfermés dans la cavité thoracique.

De ces faits, il nous semble permis de conclure que la force de cohésion du poumon de l'homme est beaucoup plus grande que ne l'ont pensé les anatomistes qui précèdent, et que l'on peut sans crainte recourir à l'insufflation artificielle dans les cas d'asphyxie, pourvu qu'on la fasse de manière à rester dans les limites d'une expiration ordinaire et à imiter le rhythme habituel de la respiration.

Les expériences qui précèdent ne comprennent aucune de celles que nous avons faites sur des sujets dont les poumons n'étaient pas parfaitement sains, ou qui offraient dans les bronches, la plèvre, le médiastin, etc., des altérations notables. Ces expériences constituent une seconde série dans laquelle il nous a été plus difficile d'apprécier l'influence de l'insufflation, attendu que, dans beaucoup de ces cas, l'emphysème pulmonaire pouvait aussi bien avoir précédé la mort, qu'être le résultat de l'expérience. Autant qu'il nous a été permis d'en juger, l'insufflation forcée faite avec la bouche, peut, lorsqu'il existe des tu-

bercules, produire un emphysème plus ou moins prononcé. Dans plusieurs cas de tubercules pulmonaires, la poitrine étant ouverte et les poumons en place, nous avons pratiqué l'insufflation avec la bouche en restant toujours dans les conditions énoncées plus haut. En procédant d'abord par des insufflations lentes, nous ne produisions pas d'emphysème, quoique le poumon acquît à chaque fois une tension assez considérable, mais en y faisant succéder des insufflations brusques et fortes, le poumon ne revenait plus sur lui-même comme auparavant et présentait des traces d'emphysème plus ou moins évidentes. Donc, si aux conclusions précédentes, nous ajoutons que l'insufflation doit être faite lentement et non avec force ou violence comme l'indique Desgranges (1), on réunit les conditions qui mettent ce précieux moyen thérapeutique à l'abri de tout danger.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES OBSERVÉES A L'HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS PENDANT LE SECOND SEMESTRE DE 1848;

Par le médecin principal Gouzée.

Les quatre premiers mois de ce semestre nous ont donné beaucoup de malades. Les fatigues auxquelles le soldat a été assujetti n'ont pas été sans influence sur l'augmentation du mouvement de l'hôpital; des conditions météorologiques défavorables ont pu aussi y avoir une part. Les deux derniers mois ont été signalés par l'apparition du choléra et d'un grand nombre de maladies pleines de gravité.

Les affections catarrhales, et particulièrement les otites, les angines, les conjonctives, régnèrent d'une manière inaccoutumée. Nous eûmes à traiter de nouveaux cas de rhumatisme articulaire aigu. Les érysipèles de la face furent singulièrement nombreux. L'érysipèle affecta aussi, sous la forme erratique, les membres inférieurs. Jusqu'à ce jours, j'étais toujours parvenu dans ces derniers cas à arrêter la marche de la phlogose à l'aide de la cautérisation circulaire du membre par la pierre infernale. Chez un malade, cette fois, ni la cautérisation, ni l'application d'un étroit vésicatoire autour de la cuisse, au-dessus de la région phlogosée, ne parvinrent à borner son cours. L'érysipèle continua sa marche ascendante, mais en diminuant graduellement d'intensité; il s'éteignit dans les téguments de l'abdomen. J'ai trouvé fort utile de

(1) *Instructions sur les secours à donner aux personnes noyées*, 1795. (Magendie, *Journal de physiologie.*)

saupoudrer le membre érysipélateux avec de la poudre d'amidon et de l'envelopper dans un linge sec.

Les fièvres paludéennes devinrent de plus en plus nombreuses et revêtirent souvent la forme pernicieuse encéphalique. La constitution atmosphérique n'était cependant pas celle qui a coutume de favoriser le développement des fièvres d'accès. Mais ces maladies avaient régné avec intensité l'année dernière, et l'observation m'a démontré depuis longtemps qu'elles reparaissent toujours avec une certaine violence dans l'année qui suit une forte épidémie, quelles que soient d'ailleurs ses conditions météorologiques. C'est que les affections paludéennes laissent dans l'économie un germe latent très-vivace, que les causes les plus légères, qui resteraient sans efforts en d'autres temps, éveillent et développent avec la plus grande facilité.

Les affections catarrhales diminuèrent de fréquence, mais les érysipèles de la face furent toujours nombreux. Les fièvres paludéennes continuèrent à se produirent, sans offrir toutefois, comme l'année précédente, un caractère épidémique décidé. Des cas nouveaux de fièvre pernicieuse encéphalique vinrent montrer la tendance que le centre cérébral avait à s'affecter. Deux malades nous furent envoyés du fort Sainte-Marie, rive gauche de l'Escaut, atteints de cette maladie dans ses formes les plus graves. L'un succomba le lendemain de son arrivée, l'autre le surlendemain. Malgré l'intensité des accidents cérébraux qu'ils avaient présentés, l'encéphale n'offrit, à l'autopsie, que des traces peu prononcées de congestion veineuse et séreuse. Chez tous les deux, la rate était volumineuses et son parenchyme d'une mollesse extrême.

Dès le commencement de septembre, des maladies parurent, offrant un caractère insolite très-remarquable. J'y reconnus, ainsi que je l'ai signalé dans mes rapports particuliers, un indice de l'invasion peu éloignée du choléra. Indépendamment des dérangements abdominaux et surtout des diarrhées qui se répandirent en ville et que l'on pouvait en partie rapporter à l'influence de l'humidité et des vicissitudes atmosphériques, diverses affections des centres nerveux se montrèrent tout à coup et se multiplièrent bientôt d'une manière remarquable. En 1832, un à deux mois avant l'apparition du choléra, le même phénomène s'était manifesté; sa durée s'était prolongée jusqu'après la fin de l'épidémie et il avait aussi vivement excité mon attention. De même qu'à l'époque dont je viens de parler, les troubles nerveux encéphaliques qui parurent pendant le mois de septembre offrirent une physionomie très-variée. C'étaient, chez des personnes que j'eus l'occa-

sion d'observer en ville, des vertiges, des éblouissements, une douleur constrictive sus-orbitaire, un sentiment de faiblesse des extrémités inférieures. Les manifestations nerveuses étaient généralement plus prononcées parmi les malades que nous reçûmes à l'hôpital. Plusieurs avaient la parole gênée, les membres inférieurs affaiblis au point qu'ils pouvaient à peine se soutenir, des nausées, un ralentissement considérable du pouls. Un malade nous arriva, offrant une résolution paralytique complète des quatre membres et de la vessie, sans perte de la sensibilité; il n'y avait ni fièvre, ni céphalalgie, la tête était parfaitement libre. Cette paralysie, dont le malade, jeune et toujours bien portant antérieurement, s'était aperçu le matin à son réveil, céda insensiblement, en vingt-quatre heures, à une saignée et à des applications révulsives aux membres pelviens. Dans un autre cas, le mal se traduisit par des mouvements convulsifs continuels des muscles des yeux, de la face, du cou et des membres, avec gêne de la prononciation. Le malade nous dit avoir eu, avant son entrée, un mouvement fébrile de peu de durée et une crampe dans l'un des membres inférieurs. Cet état morbide résista plus longtemps. Nous reçûmes d'autres sujets encore dont les facultés intellectuelles étaient profondément affaiblies; il y en eut un qui se trouvait en complète démence.

Ces perturbations nerveuses, auxquelles il était quelquefois difficile d'assigner un nom, étaient apyrétiques, et à l'exception de ces dernières, les malades conservaient toute l'intégrité de leur intelligence. Dans d'autres cas, l'altération de l'encéphale s'accompagna d'une vive réaction fébrile. Tel fut celui d'un soldat qui nous fut apporté du fort Sainte-Marie et qui succomba le 7e jour, après avoir offert successivement un strabisme divergent très-prononcé avec vue double, de l'agitation, du délire, des soubresauts des tendons, de la contracture et enfin un collapsus profond. Nous reconnûmes l'existence d'une hydrocéphale aiguë, et l'autopsie nous fit, en effet, découvrir une abondante collection séreuse dans les ventricules latéraux, et un ramollissement presque diffluent de la voûte à trois piliers. Tel fut encore le cas d'un autre malade qui succomba dans des circonstances remarquables. Celui-ci éprouvait des douleurs erratiques d'une extrême violence aux tempes, à l'occiput, à la nuque; il s'y joignait une fièvre vive, quelquefois du délire; le calme était court et incomplet, la peau rarement sudorale; la langue se sécha, des fuliginosités recouvrirent les gencives et les lèvres. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentaient rien d'anormal. Le sulfate de quinine, essayé dans le principe, n'eut aucun succès. Des applications répétées de sang-

sues et de ventouses scarifiées vers les points douloureux, des révulsifs énergiques à la nuque et aux extrémités, l'application endermique de l'acétate de morphine, le calomel, les opiacés à l'intérieur, rien n'avait pu vaincre ces vives souffrances, lorsque, le trentième jour, une abondante éruption variolique se manifesta, qui mit aussitôt fin comme par enchantement à ces accidents si graves et si rebelles. Mais le sujet n'avait pas été vacciné, ayant échappé, comme il arrive parfois, à l'attention des médecins, et il succomba le neuvième jour de l'éruption aux accidents de la variole.

Les centres nerveux, et particulièrement l'encéphale, montrèrent aussi, dans diverses maladies, la singulière disposition qu'ils avaient à devenir le siége de mouvements morbides. Cette circonstance imprima aux fièvres typhoïdes et à un bon nombre de fièvres paludéennes un caractère de gravité inaccoutumée. Cette fréquence des accidents cérébraux est certainement un fait remarquable. Etait-elle sous la dépendance de la cause mystérieuse qui trace la voie que suit en ce moment le choléra à travers les diverses contrées de l'Europe? Je suis d'autant plus porté à le croire, que l'on doit, à mon avis, regarder aussi le choléra comme une maladie essentiellement nerveuse dans son principe. Ainsi que je l'ai dit, la même chose était arrivée en 1832. J'ignore si d'autres ont fait la même observation. Ce serait un point de pathologie très-curieux à éclaircir.

Parmi les maladies les plus remarquables qui se présentèrent concurremment, les fièvres typhoïdes tinrent le premier rang. Il y en eut en traitement 8 cas dans le courant de septembre et tous furent d'une extrême gravité. Un seul malade succomba. La maladie, obscure à son début, avait simulé une fièvre paludéenne et l'on avait administré de fortes doses de sulfate de quinine. Lorsque le malade arriva dans mes salles, il avait un coma profond, des selles sanglantes et il succomba trois jours après. Cette méprise est malheureusement fréquente dans nos localités; je l'ai quelquefois commise moi-même, quoique je passe souvent plusieurs jours et que j'apporte un soin extrême à rechercher si j'ai affaire à une dothinentérie ou à une fièvre sub-continue paludéenne. C'est le cas de retourner le trop fameux dicton : *Melius nullum quam anceps.*

Tous les malades atteints de fièvre typhoïde furent largement espacés dans des salles particulières, au milieu d'un air pur, constamment renouvelé. C'est le premier et le plus précieux des moyens. J'y ai joint l'usage de l'eau prise abondamment en boisson et appliquée à l'extérieur d'après la méthode que j'ai indiquée dans mon précédent rapport. Dans le courant du troisième sep-

tenaire, j'ai quelquefois recours à des sinapismes appliqués, le matin seulement, aux extrémités inférieures, d'autres fois à un quart de grain d'acétate de morphine donné en six ou huit doses, pour combattre un reste de torpeur ou de désordres nerveux. Enfin, à l'approche de la convalescence, l'usage continué pendant plusieurs jours, d'une potion contenant quatre grains de sulfate de quinine, a paru accélérer puissamment la guérison. Je n'ai plus employé ni saignées, ni sangsues, ni ventouses scarifiées. Le succès que j'ai obtenu montre que la fièvre typhoïde peut être combattue avec avantage autrement que par les évacuations sanguines coup sur coup, et qu'il est bon en certains cas de ne pas rester opiniâtrement dans la voie où l'on est engagé.

Les troubles de l'encéphale et ceux du tube digestif persistèrent à se montrer avec la même fréquence que pendant le mois de septembre. Les fièvres paludéennes devinrent de moins en moins communes, et la fièvre typhoïde ne se montra plus que deux fois et avec beaucoup moins d'intensité. Durant ce mois, nous reçumes 11 cas de varioles pour la plupart très-bénignes.

Aux maladies signalées précédemment se joignirent d'abord un grand nombre d'affections catarrhales, et particulièrement de bronchites qui furent souvent très-intenses. Je rencontrai, chez des personnes délicates surtout, des exemples bien dessinés de fièvres catarrhales. Dans la plupart des cas, la maladie prédominait dans la partie inférieure du tube digestif. Les phthisiques affluèrent en même temps à l'hôpital. La phthisie tuberculeuse nous donna trois décès et vers la fin du mois nous comptions encore onze phthisiques dans nos salles. Plusieurs de ces malades avaient eu, à leur entrée, d'abondantes hémoptysies. La fièvre typhoïde, assez fréquente en ville, reparut vers la fin du mois. Le nombre des fièvres paludéennes continua à décroître; nous reçûmes cependant encore un cas de fièvre pernicieuse, dont les accidents cérébraux furent d'une extrême gravité. Le nombre des malades, et celui des maladies aiguës en particulier, subit une diminution assez sensible.

Des cas de choléra se montrèrent en ville dans les quinze derniers jours de ce mois. On en avait déjà observé plusieurs depuis le mois précédent, et des malades avaient succombé ; mais ils s'étaient manifestés pour la plupart chez des personnes qui venaient de pays où la maladie régnait épidémiquement. C'étaient des exemples de choléra importé, exotique, si je puis me servir de ces expressions. Le germe en avait été pris ailleurs. Il n'en fut plus de même de ceux qui parurent dans la dernière quinzaine de novembre. La maladie se répandit alors parmi la population. Comme en 1852,

elle se montra particulièrement d'abord dans les environs du port, des bassins, des canaux. Le 30, plusieurs cholériques avaient été reçus à l'hôpital civil, et tous avaient succombé. La maladie ne s'était pas encore montrée dans la garnison.

Le choléra poursuivait lentement son cours en ville : 1 à 3 ou 4 cas se manifestaient par jour, quelquefois 6, rarement 8, si je suis bien informé, et la grande majorité des malades succombait, lorsqu'un cholérique parut dans la garnison, dans la nuit du 12 au 13. Il entra à l'hôpital et mourut, au bout de quelques heures, dans la période algide. Il venait d'une caserne voisine du grand bassin. C'est le seul que nous ayons reçu à l'hôpital militaire. En ville, la maladie cessa momentanément lorsqu'un vent d'est soufflant avec force vint tout à coup, le 21, abaisser considérablement la température, mais elle reparut ensuite et quelques cas continuèrent à se montrer presque chaque jour jusqu'à la fin du mois, malgré le froid qui se fit de nouveau sentir.

Pendant que le choléra régnait ainsi, en quelques sorte, autour de nous, nous avions à l'hôpital des maladies non moins graves et qui lui servent souvent de cortége : la fièvre typhoïde et la dysenterie.

Nous eûmes 23 cas de fièvre typhoïde en traitement pendant le mois de décembre. Le 4e de ligne, fort de deux bataillons, en donna seul 22. Il est à remarquer que ces deux bataillons étaient arrivés à Anvers depuis deux mois, l'un de Namur, l'autre d'Audenarde, et qu'ils avaient éprouvé antérieurement de grandes fatigues. Le premier envoya 13 typhusés et le second 9. Ces bataillons, habitaient, en outre, une caserne dont quelques parties sont peu spacieuses et mal aérées. Mais cette caserne avait été occupée auparavant par d'autres corps aussi nombreux sans qu'il en fût résulté rien de pareil, de sorte que c'est moins à l'influence des localités qu'il faut, je pense, attribuer le développement de cette petite épidémie, qu'à une prédisposition que les hommes de ce corps avaient puisée dans leurs garnisons antérieures, et peut-être aussi dans les fatigues auxquelles ils avaient été assujettis. Il n'est pas sans intérêt encore de noter que 16 de ces typhusés étaient des hommes originaires des Flandres.

Tous ces malades furent en butte aux plus graves accidents, plusieurs dès leur entrée à l'hôpital. Chez 6 d'entre eux, la forme ataxique se dessina dans toute sa violence. L'un de ces derniers succomba le septième jour. Parmi ceux qui présentèrent la forme torpide, trois eurent des selles de sang pur, ou d'un liquide rougeâtre semblable à celui que l'on rencontre d'ordinaire dans les intestins des cholériques. Le brusque refroidissement de la température

accrut encore généralement l'intensité de la maladie. Il en résulta une sidération instantanée chez quelques-uns de ceux qui étaient alors en voie d'amélioration. Deux offrirent, avec un pouls presque imperceptible, l'anxiété épigastrique, la respiration haute et pénible, que l'on observe dans certains cas de choléra. Chez un malade parvenu au quatrième septénaire de la fièvre typhoïde et qui semblait toucher à la convalescence, l'influence de l'épidémie régnante fut plus manifeste encore : toute la surface tégumentaire devint froide et il resta sans pouls radial pendant deux jours. Il avait les traits tirés, les yeux excavés, l'intelligence libre ; la portion de la conjonctive recouverte par la paupière inférieure s'injecta, la partie correspondante de la cornée devint terne; il n'eut ni vomissements, ni évacuations alvines; au moment de la mort, le troisième jour, des crampes et des mouvements convulsifs se montrèrent dans les extrémités supérieures.

Au milieu de ces circonstances extraordinaires, et en présence de ces formes nouvelles imprimées à la fièvre typhoïde par l'épidémie cholérique, il fallut nécessairement modifier le traitement employé jusque-là avec succès. J'eus recours, suivant les cas, aux excitants, aux toniques, aux acides minéraux, etc. Les excitants cutanés, les larges sinapismes, des ablutions de vin chaud faites sur les membres et sur la région rachidienne, concoururent à ranimer plusieurs de ceux dont la vitalité avait reçu une si profonde atteinte. En somme, sur le nombre de 23 typhusés traités pendant le mois de décembre, nous eûmes 4 décès. Parmi ceux restant à la fin du semestre, il y en avait un dont les selles étaient encore sanglantes et dont l'état continuait à inspirer de l'inquiétude. Un autre avait présenté, pendant le cours de sa maladie, des signes de cette espèce de laryngite qui se localise dans la glotte et finit par y développer des ulcérations, accident qui n'est pas très-rare dans la fièvre typhoïde. Le mal reparut pendant la convalescence et fit en quelques jours de graves progrès. Le 1er janvier, la suffocation devint imminente. La trachéotomie fut pratiquée immédiatement, et avec un plein succès, par M. Dechange. Il reste l'espoir que, la respiration continuant à se faire par l'ouverture artificielle, nous parviendrons à dissiper l'occlusion du larynx.

La dysenterie ne fit heureusement pas de progrès. On sait combien cette maladie est désespérante pour le médecin lorsqu'elle prend le caractère épidémique. Nous en avons reçu 6 cas. Les applications de sangsues au fondement, les quarts de lavements d'amidon laudanisés, et plus tard, une légère infusion de racine de rhubarbe opiacée, ont été les moyens qui ont offert le plus d'efficacité. Rien n'a pu maîtriser les accidents chez un malade ; il

s'est éteint doucement le treizième jour de son entrée à l'hôpital. Un autre était encore en danger à la date de ce rapport. L'un de ceux qui ont guéri a eu, vers la fin, des selles blanchâtres, semblables à une légère décoction de riz.

L'abaissement de la température qui eut lieu si brusquement le 21, a été funeste à d'autres malades, à ceux surtout qui portaient des altérations chroniques et particulièrement des tubercules pulmonaires. Le chiffre des décès s'est élevé à 11 pendant le mois de décembre, tandis que la moyenne des décès des cinq mois précédents n'avait été que de 2 4/5.

Le nombre des malades reçus à l'hôpital pendant le semestre fut de 1,598, savoir :

Fiévreux.	959
Blessés.	184
Ophthalmiques.	71
Vénériens.	209
Galeux.	195
Total. . . .	1,598
Restant en traitement du semestre précédent.	204
Total général. . .	1,802

Le 31 décembre il ne restait à l'hôpital que 151 malades, par suite d'une mesure qui permit de renvoyer extraordinairement un certain nombre de convalescents dans leurs foyers.

Il y eut 25 décès, savoir : par suite de choléra, 1 ; de fièvre pernicieuse encéphalique, 3 ; de fièvre typhoïde, 5 ; de dysenterie, 1 ; de bronchite chronique, 1 ; de phthisie tuberculeuse, 8 ; d'hypertrophie du cœur, 2 ; d'hydrocéphale aiguë, 1 ; de variole, 1 ; de scarlatine, 1 ; et d'abcès diffus, 1.

(*Archives belges de médecine militaire*, janvier 1849).

DE L'IMPORTANCE DES PRODROMES DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE DE CETTE MALADIE ;

Par le médecin principal Gouzée.

On prévient le choléra épidémique en l'attaquant dans ses prodromes, on le guérit rarement dans ses périodes avancées.

Telle est la proposition que je me propose de développer en peu de mots.

Si l'on interroge avec soin les malades atteints de choléra, on acquiert la preuve que tous ont ressenti des prodromes pendant

un temps plus ou moins prolongé. Ces phénomènes précurseurs consistent en des troubles des fonctions digestives accompagnés le plus souvent de divers accidents nerveux. Ce sont, pour n'en citer que les plus ordinaires, des borborygmes, des éructations, un sentiment de gêne, d'embarras dans l'abdomen, des coliques légères, de la diarrhée, auxquels se joignent de la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreilles, de l'agitation ou de l'abattement, de la faiblesse ressentie surtout dans les extrémités inférieures. J'ai vu des cholériques qui avaient éprouvé et bravé pendant plus de huit jours des accidents de cette nature, après quoi le choléra s'était déclaré dans toute son intensité. Quelques faits me portent même à croire que le choléra que l'on a appelé foudroyant n'éclate pas sans avoir été précédé de ces dérangements digestifs et nerveux, auxquels on n'accorde pas les soins nécessaires, ou que l'on néglige entièrement.

A cette époque d'imminence de la maladie, quelques moyens simples, employés de bonne heure et avec exactitude, peuvent conjurer le mal. Il faut garder le lit, quelque légère que soit l'indisposition, faire usage d'une boisson adoucissante ou légèrement aromatique à petites doses souvent répétées, prendre quelques gouttes de laudanum de Sydenham si la diarrhée, les accidents nerveux, l'inquiétude morale sont un peu prononcés, et observer une diète sévère. La maladie n'est pas de celles qui suivent fatalement une marche déterminée, il faut faire tous ses efforts pour l'arrêter, ou pour la réduire à l'état de simple cholérine.

Lorsque le choléra épidémique se déclare parmi des individus agglomérés dans un espace trop resserré, il en résulte un foyer d'infection au milieu duquel la maladie se propage invinciblement. Nous en avons vu des exemples cette année dans quelques quartiers pauvres et populeux, et dans des maisons où des familles étaient étroitement logées. J'en ai observé un exemple remarquable, en 1832, dans la caserne des Dominicains qui était occupée et encombrée par le bataillon des gardes civiques mobilisées de Louvain. Il ne reste d'autre mesure à prendre, dans cette circonstance, que celle d'évacuer la place, quand cela est possible, et de disséminer les individus. Le choléra cessa bientôt dans le bataillon des gardes civiques de Louvain lorsque ce corps, sur la demande que je fis à l'autorité militaire, eut été envoyé en cantonnement dans les environs de la ville. La veille de son départ il avait donné vingt cholériques, et cinq jours après il n'en donnait plus un seul. Je n'ai jamais cru que le choléra fût contagieux; il ne se propagea pas dans le village où le bataillon fut cantonné.

Je ne parle pas des fumigations de chlore, communément em-

ployées en pareil cas. Malgré le fréquent emploi que l'on en a fait dans lieux infectés, rien n'a prouvé que ce gaz eût une action quelconque sur l'agent subtil qui donne naissance au choléra.

J'ai dit que l'on guérit, ou plutôt que l'art guérit rarement le choléra dans ses périodes avancées.

Partout, en effet, où une épidémie se déclare, les premiers malades succombent quoi qu'on fasse. Plus tard, on commence à en rencontrer quelques-uns qui échappent. Vers la fin, les guérisons sont ordinairement de plus en plus nombreuses. On a beau jeu alors pour vanter l'un ou l'autre mode de traitement. Le plus souvent une recrudescence arrive qui vient détruire l'espoir dont on s'était flatté. Et si l'on consulte les statistiques, on trouve toujours, en somme, que plus de la moitié des malades ont succombé.

Ainsi marchent les épidémies partout où elles se manifestent, se jouant des efforts de l'art.

C'est que, jusqu'à ce jour, ces efforts n'ont pu remonter jusqu'à la source du mal.

En observant attentivement les phénomènes que présente le choléra, on doit reconnaître, ce me semble, que cette maladie est toute nerveuse dans son principe, qu'elle a pour point de départ la portion des nerfs rachidiens et ganglionnaires qui président aux actes fonctionnels du tube digestif et du cœur, que c'est sur leur vitalité que l'agent délétère a spécialement porté son action.

On s'est livré aux investigations cadavériques les plus minutieuses, on a examiné le cordon rachidien, les nerfs ganglionnaires et leurs dépendances et l'on n'a rien trouvé : on en a conclu que ce ne pouvait être là le point de départ des accidents du choléra. Mais dans les maladies nerveuses, dans celles de courte durée surtout, les nerfs ne sont-ils pas profondément altérés dans leur vitalité sans devenir pour cela le siége d'altérations matérielles ? Les affections névralgiques laissent-elles des traces de leur passage? Ne voit-on pas certains poisons donner la mort en portant leur action sur le système nerveux sans y produire de lésions appréciables? Comme on l'a dit avec raison, l'anatomie pathologique nous fait connaître le plus souvent, non pas la maladie, mais le cadavre de la maladie. Dans bien des cas, les altérations matérielles sont d'autant plus rares ou d'autant moins prononcées que la mort a été plus prompte, que ces altérations, les seules dont l'anatomie pathologique puisse nous révéler l'existence, ont eu moins de temps pour se former.

De l'atteinte profonde portée à la vitalité de ces portions nerveuses, naissent les divers phénomènes propres au choléra. L'estomac et l'intestin deviennent le siége de mouvements désordonnés

et de sécrétion anormales; le cœur surtout, par la diminution croissante de l'influx nerveux nécessaire à l'accomplissement de ses actes fonctionnels, n'agit plus qu'avec difficulté et fatigue; de l'affaiblissement progressif des contractions du ventricule gauche résulte la gêne de plus en plus grande de la circulation; le pouls s'accélère, se précipite; il arrive un moment où les artères restant complétement vides, le sang noir stagne inévitablement dans les vaisseaux veineux; il y prend, par suite de cet arrêt, une consistance épaisse, sirupeuse. Les conséquences de cet état de choses sont naturelles et palpables : la peau pâlit, se refroidit, se recouvre d'une sueur froide et visqueuse; le tissu cellulaire s'affaisse, il survient un amaigrissement rapide, les traits s'altèrent, les yeux s'enfoncent, les doigts se rident, les téguments offrent une sorte d'empâtement; la respiration devient embarrassée, anxieuse, les tissus se colorent en bleu, la plupart des sécrétions se suppriment. Ainsi tout se lie et s'enchaîne dans cette maladie, et en remontant à la source de tous les désordres fonctionnels qui la constituent, on retrouve la névropathie primitive et toute spéciale comme la cause qui la produit. D'autres phénomènes encore, les vertiges, les tintements d'oreilles, l'insomnie, l'abattement, l'insouciance, les crampes, l'altération de la voix témoignent de l'existence d'une vive souffrance du système nerveux.

Que peuvent contre tous ces désordres, effets très-complexes d'une cause unique, les moyens que l'art met communément en usage?

Vous savez combien ces moyens sont nombreux. Il est peu de médications et d'agents pharmaceutiques qui n'aient été mis à contribution pour combattre le choléra dans ses périodes avancées. Je regrette de ne pouvoir en mettre en regard de la maladie, tant au point de vue de la théorie qu'à celui de l'application pratique. Cela me conduirait trop loin. Cette étude, que chacun d'ailleurs peut faire soi-même, montrerait combien leur utilité est contestable et l'on serait fort embarrassé de démontrer par un nombre suffisant de faits bien établis la part qu'ils ont dans les résultats qui suivent leur emploi.

Cela est d'autant plus difficile que l'on a vu plus d'un cas grave de choléra guérir sous l'influence d'un traitement très-simple, mais qui aidait un reste de tendance favorable de la nature.

Depuis l'épidémie de 1832 jusqu'en ces derniers temps, j'ai reçu presque tous les ans un ou deux cas de choléra à l'hôpital. Désespéré du défaut de succès des secours hasardés de l'art, je me suis borné à isoler le malade, à lui faire respirer l'air le plus pur, précautions auxquelles on songe généralement assez peu, à

lui faire prendre fréquemment de petites gorgées d'eau froide, et, à l'exception d'un seul, mort en quelques heures, tous ont guéri. Le choléra n'était pas alors épidémique; cependant plusieurs des cas dont je viens de parler n'en avaient pas moins une grande intensité.

Mais est-il possible d'atteindre le mal dans son origine, existe-t-il des modificateurs capables d'arrêter la perturbation nerveuse de manière à mettre promptement un terme aux désordres fonctionnels si nombreux et si profonds qui en sont la conséquence?

Je ne suis pas éloigné de le croire, mais nous sommes loin encore d'en avoir soupçonné l'espèce. C'est une raison de fixer toute notre attention sur un sujet qui intéresse si vivement l'humanité.

Il ne nous reste entre-temps, comme je l'ai dit, qu'à employer tous nos efforts pour prévenir le développement du choléra lorsque, en temps d'épidémie, ses prodromes commencent à se faire sentir, et nous devons n'accepter qu'avec défiance les moyens préconisés jusqu'à ce jour contre cette maladie.

(*Archives belges de médecine militaire*, juin 1849.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1848-1849. — N° 9.

SÉANCE DU 16 JUIN 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Dispositions formulées par le gouvernement, en vue de la création d'un service médico-rural avec les modifications proposées par l'Académie.

TITRE PREMIER. — *Obligations des communes et des bureaux de bienfaisance.*

Art. 1er. Les communes rurales et les villes dont la population est inférieure à 5,000 habitants, sont tenues de pourvoir, avec les bureaux de bienfaisance, au traitement de leurs malades pauvres et au service des accouchements pour les femmes indigentes.

A cet effet, il sera nommé pour chaque commune un ou plusieurs médecins et une ou plusieurs sages-femmes.

Les médecins ont le titre de médecin communal.

Art. 2. Plusieurs communes peuvent se réunir pour avoir un même médecin et une même sage-femme.

Cette agrégation de communes est subordonnée à une autorisation de la députation permanente du conseil provincial, donnée sur l'avis de la commission médicale de la province. Elle ne peut

avoir lieu qu'exceptionnellement entre des communes non-limitrophes.

Art. 3. Le traitement des médecins communaux et les rétributions à accorder aux sages-femmes, sont supportés par les bureaux de bienfaisance, les communes et les provinces. Des subsides pourront être accordés par l'Etat, si les ressources sont reconnues insuffisantes.

Art. 4. Le traitement des médecins communaux est fixé à raison de cent francs par mille habitants des communes ou des agrégations des communes auxquelles ils sont attachés. Toutefois, il ne peut être inférieur à six cents francs ni excéder mille francs, à moins de circonstances extraordinaires.

Ce traitement est indépendant des honoraires ou émoluments que les médecins obtiennent pour les services qu'ils rendent aux administrations étrangères aux communes qu'ils desservent.

Les sages-femmes sont rétribuées par accouchement.

La rétribution est fixée d'après un tarif arrêté par la députation permanente, la commission médicale provinciale ayant été consultée sur les propositions des bureaux de bienfaisance et des administrations communales.

Dans les communes ou agrégations de communes où il n'y a pas de sage-femme, il sera pourvu au service des accouchements, soit par le médecin communal, sur son consentement, soit, sur son refus, par un homme de l'art qui sera désigné à cet effet par l'administration.

Art. 5. En cas de refus par les communes de procéder à la nomination des médecins et des sages-femmes mentionnés aux articles ci-dessus, et de voter les fonds nécessaires pour leur traitement ou leurs rétributions, il y sera pourvu d'office.

TITRE II. — *De la nomination, des attributions et des devoirs des médecins communaux.*

Art. 6. Les médecins choisis par les conseils communaux pour être exclusivement attachés à leur commune, sont nommés par ces colléges.

Ceux qui doivent desservir plusieurs communes sont nommés par la députation permanente, sur une liste de deux candidats présentés par les conseils communaux de chacune des localités de la circonscription, la commission médicale provinciale ayant été entendue.

Les uns et les autres sont soumis aux conditions et aux obligations énoncées dans le présent titre et dans les titres suivants.

Art. 7. Quand la députation nomme un médecin déjà commis-

sionné pour le service particulier d'une autre commune, elle pourra subordonner cette nomination à la condition que le titulaire renonce au bénéfice de sa première commission.

Art. 8. Pour être nommé médecin communal, il faut jouir des droits civils et être porté sur une des listes des personnes de l'art, dressées annuellement par les commissions provinciales comme ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements.

Toutefois les hommes de l'art actuellement chargés du service des pauvres et les docteurs en médecine, à défaut de praticiens gradués dans les trois branches de l'art de guérir, pourront être appelés aux fonctions de médecin communal.

Art. 9. Les médecins communaux ne peuvent être suspendus ou révoqués de leurs fonctions qu'après avoir été entendus, et, sur l'avis préalable de la commission médicale provinciale.

La suspension ne peut excéder un mois. Pendant la durée de la suspension, le titulaire est remplacé par un médecin de l'un des ressorts voisins ; il sera désigné par la députation permanente sur l'avis préalable de la commission médicale provinciale.

Art. 10. Les médecins communaux sont chargés dans les communes de leur circonscription :

Du traitement des malades indigents ;

Des vaccinations et des revaccinations si ces dernières sont jugées nécessaires ;

De la vérification des décès ;

De l'inspection des écoles communales, faite d'après les dispositions de l'arrêté du 15 août 1846, et, en outre, chaque fois qu'il y a lieu de craindre qu'une maladie épidémique ou contagieuse ne se propage parmi les élèves ;

De la surveillance sanitaire et du traitement des enfants trouvés et abandonnés placés en pension dans les communes ;

De veiller à tout ce qui intéresse la santé publique, et de signaler aux autorités dont ils dépendent, tous les faits sur lesquels ils jugent utile d'appeler leur attention.

Ils sont tenus, en outre, d'obtempérer en tout temps aux réquisitions des officiers de police judiciaire et de les aider dans l'instruction des crimes et délits commis dans leur ressort ;

Ils recevront, de ce chef, les honoraires fixés par les tarifs en vigueur.

Art. 11. Les médecins communaux sont consultés par les administrations communales sur tous les points qui se rapportent au maintien de la santé publique, y compris le choix de l'emplace-

ment et la construction des bâtiments communaux et de ceux qui sont érigés par les administrations de bienfaisance.

Ils font de droit partie des conseils de salubrité et des commissions sanitaires qui peuvent être établis dans les localités de leur ressort.

Art. 12. Les médecins communaux adressent tous les six mois à la commission médicale de leur province, un rapport indicatif des mesures qu'ils ont conseillées ou provoquées dans les limites de leur compétence, et ils communiquent à ces colléges les faits et documents relatifs à la science et à l'hygiène publique qu'ils auraient recueillis.

Art. 13. Une retenue est faite sur le traitement des médecins, pour l'établissement d'une caisse de retraite et de secours : il est entendu qu'en cas de décès, la femme et les enfants jouiront d'une pension.

TITRE III. — *Du traitement des indigents.*

Art. 14. Les médecins communaux traitent gratuitement les malades indigents dont les noms se trouvent portés sur les listes dressées par les bureaux de bienfaisance et approuvées par les administrations communales.

A cet effet, ils donnent des consultations dans le lieu de leur résidence et dans les communes, et ils visitent les malades à domicile, aussi souvent que l'état de ceux-ci l'exige. Ils s'entendent avec les administrations communales pour fixer les lieux, jours et heures des consultations.

Art. 15. Les autorités communales et les administrations des bureaux de bienfaisance veillent à ce que les indigents n'abusent pas de faculté qui leur est donnée de recevoir des soins gratuits, et à ce qu'ils ne réclament le déplacement du médecin que pour les affections qui ne leur permettent pas de se rendre au lieu de sa résidence.

Art. 16. Les médecins communaux donnent leurs soins aux malades indigents, sur la présentation d'un billet délivré par l'un des membres du bureau de bienfaisance.

Cependant, lorsqu'un accident subit et grave chez un indigent rend les secours promptement nécessaires, les médecins devront répondre au premier appel.

Art. 17. Dans les cas graves et spécialement lorsqu'il s'agit d'opérations chirurgicales dangereuses ou difficiles, les médecins communaux peuvent demander le concours de l'un de leurs collègues les plus rapprochés.

Art. 18. Le médecin communal, empêché de faire son service

pour cause de maladie ou pour tout autre motif, doit se faire remplacer. S'il néglige de pourvoir à son remplacement en temps utile, ou si la cause qui l'oblige à suspendre son service, n'est pas essentiellement temporaire, l'administration communale porte immédiatement le fait à la connaissance de la députation permanente qui requiert, s'il y a lieu, le médecin communal de l'une des localités limitrophes.

Le médecin remplaçant est substitué, s'il le désire, à la jouissance de la moitié du traitement et des émoluments du médecin titulaire, aussi longtemps que dure son service.

Art. 19. Lorsque le médecin communal estime qu'un malade indigent ne peut être convenablement traité à domicile, il en prévient le bourgmestre qui prend, avec le président du bureau de bienfaisance, telles mesures qu'ils jugent nécessaires pour placer le malade à l'hôpital de la commune, et à défaut, dans l'un des hôpitaux voisins, s'il en existe.

Art. 20. Les médecins communaux tiennent, pour chaque commune, un registre de toutes les personnes indigentes auxquelles ils ont donné leurs soins.

Ce registre, dont le modèle est arrêté par la députation permanente des conseils provinciaux sur l'avis des commissions médicales provinciales, leur est fourni par les administrations des communes. Une copie de ces registres, faite par les soins de ces administrations, est transmise, chaque année, à la commission médicale de la province.

TITRE IV. — *De la vaccination.*

Art. 21. Les médecins communaux vaccinent gratuitement les indigents.

Les vaccinations se font au moins deux fois par an, aux époques, jours et heures fixés entre le bourgmestre et le médecin. Celui-ci vérifie sur les lieux, dans les huit jours, les résultats de ses opérations.

Le vaccin est fourni aux médecins sur leur demande, par la commission médicale provinciale.

Art. 22. Les parents des enfants vaccinés reçoivent du bourgmestre, un certificat signé par le médecin.

Les noms, prénoms et l'âge de ces enfants sont, en outre, inscrits sur un registre ouvert à cet effet, dans chaque commune.

Art. 23. Lorsque la petite-vérole se manifeste dans une localité de son ressort, le médecin communal est tenu de s'y rendre dans un bref délai, à l'effet de vacciner les enfants qui doivent être soumis à cette opération.

TITRE V. — *De la vérification des décès.*

Art. 24. Les médecins communaux opèrent la vérification des décès, en se conformant aux règlements rendus sur la matière.

TITRE VI. — *Du service sanitaire des enfants trouvés et abandonnés.*

Art. 25. Les médecins communaux visitent, quatre fois par an, les enfants trouvés et abandonnés, placés en nourrice ou en pension dans les localités de leur ressort.

Ils s'assurent des soins qui sont donnés à ces enfants, de leur santé et de celle des nourrices, de la manière dont ils sont nourris et vêtus, ainsi que de toutes les circonstances qui peuvent intéresser leur conservation.

Les résultats de ces inspections sont consignés sur un état contenant les noms et prénoms de chaque enfant, son âge, son sexe et le numéro de son inscription sur les registres de l'hospice. Le médecin indique sur ce même état les déclarations, observations ou réclamations qui lui seraient faites, soit par la nourrice, soit par l'enfant s'il est en âge d'être interrogé. Il certifie les états avant d'en faire l'envoi au commissaire de l'arrondissement. Ce fonctionnaire les transmet à l'administration des hospices.

Art. 26. Les dispositions de l'art. 18 ci-dessus, sont applicables aux soins médicaux à donner aux enfants trouvés ou abandonnés, étrangers à la commune, d'après les conventions à faire par le médecin communal et par les administrations de bienfaisance, chargées d'élever ces enfants.

TITRE VII. — *De la fourniture des médicaments.*

Art. 27. Dans les communes où la loi autorise les médecins et les chirurgiens à fournir des médicaments, le médecin communal délivre aux indigents les remèdes qu'il leur prescrit. Les préparations chimiques, et les médicaments composés qui entrent dans la composition de ces remèdes, doivent avoir été pris chez un pharmacien.

Dans les communes autres que celles ci-dessus mentionnées, la fourniture des médicaments est faite par les pharmaciens que désigne la députation permanente.

Art. 28. Aucun marché global ne peut être contracté avec le médecin communal ni avec le pharmacien, pour la fourniture des médicaments.

Art. 29. Les recettes des remèdes prescrits par les médecins doivent être écrites sur le billet dont il est parlé à l'art. 18. Le billet est rendu au porteur avec le remède délivré, pour être remis

par ses soins au membre du bureau de bienfaisance qui l'a signé.

Les recettes postérieures pourront se donner sans billet pendant toute la durée de la maladie, à la condition d'être remises immédiatement après leur préparation au membre du bureau de bienfaisance qui a signé le billet prescrit par l'art. 16.

Art. 30. Le payement des médicaments se fait d'après un tarif arrêté par la députation permanente, sur les propositions de la commission médicale provinciale.

Il n'est rien compté pour la manipulation des médicaments, les boîtes, bouteilles et autres accessoires.

Art. 31. Les difficultés relatives à la livraison et au payement des médicaments seront jugées par la députation permanente du conseil provincial, sur l'avis motivé de la commission médicale de la province.

TITRE VIII. — *Des sages-femmes*

Art. 32. Les dispositions des articles 5, 6, 7, 8, 9, 14 et 18 ci-dessus sont applicables au sages-femmes, chargées du service des accouchements pour les femmes indigentes.

Ces sages-femmes remettent tous les trois mois, aux médecins communaux des localités où elles exercent, les états indicatifs des accouchements auxquels elles ont assisté. Les médecins envoient ces états avec leurs observations, s'il y a lieu, à la commission médicale provinciale.

Le cadre de l'état est fourni aux sages-femmes par les communes. Il est formulé par la commission médicale et approuvé par la députation permanente.

Art. 33. Dans les accouchements qui deviennent difficiles et dangereux par une cause quelconque, la sage-femme est tenue de réclamer aussitôt l'assistance du médecin communal, et, à son défaut, d'un autre homme de l'art ou d'une sage-femme exerçant dans la localité ou dans une des communes voisines.

Art. 34. Les rétributions accordées aux sages-femmes sont soumises à la retenue mentionnée à l'art. 13.

TITRE IX. — *De la police médicale.*

Art. 35. Les médecins communaux signalent en même temps aux bourgmestres et aux commissions médicales provinciales :

1° Les cas de maladies épidémiques qu'ils ont à traiter ; ils joignent à leur déclaration une description exacte de ces maladies et l'indication du traitement qu'ils ont jugé devoir adopter ;

2° Les infractions aux lois et règlements qui régissent l'exercice de l'art de guérir.

Ils exercent une surveillance immédiate sur les sages-femmes qui pratiquent dans leur ressort.

—

Votre quatrième section, Messieurs, s'est livrée à un examen attentif des principales dispositions de ce projet : elle vient, par mon organe, vous communiquer le résultat de ses délibérations.

Le droit des indigents malades à l'obtention de soins médicaux gratuits est consacré par l'article 131 de la loi communale : le conseil communal est tenu de porter annuellement au budget de ses dépenses, celles qui sont relatives à la salubrité publique. La légalité de la disposition qui obligerait les communes de pourvoir, avec les bureaux de bienfaisance, au traitement des indigents, ne paraît donc pas contestable.

Mais toutes les communes ne sont pas pourvues de médecins, et dans plusieurs provinces, elles ne sont pas assez populeuses pour former une circonscription médicale suffisamment étendue ; on doit accorder à ces localités la faculté de se réunir pour avoir un même médecin et une même sage-femme. Toutefois, cette autorisation ne doit pas être donnée sans réserve : les communes, dans un but d'économie facile à comprendre, formeraient des agrégations trop considérables pour permettre au praticien investi de leur confiance de remplir convenablement ses fonctions. Le projet du gouvernement prévient cet abus, en soumettant la réunion de plusieurs communes à une autorisation de la députation permanente du conseil provincial, rendue sur l'avis de la commission médicale.

Les médecins réunis en trop grand nombre dans les villes, manquent dans les villages de certaines provinces. Si on veut qu'ils s'y établissent, on doit leur assurer des moyens d'existence qui soient, autant que possible, en rapport avec la longueur de leurs études, avec les frais qu'ils ont supportés et avec les nombreuses obligations que leur imposera le titre de médecin communal.

La section, Messieurs, a été unanime pour admettre que le *minimum* de traitement du médecin communal, fixé à six cents francs, n'est point exagéré : elle vous proposerait même d'élever ce traitement, s'il n'était pas indépendant des honoraires que les médecins recevront pour les services à rendre aux administrations étrangères aux communes qu'ils seront appelés à desservir.

Les dispositions du projet du gouvernement, relatives à la nomination, aux obligations et aux devoirs des médecins communaux ne soulèvent pas d'objections sérieuses.

Il est des communes assez populeuses et qui disposent de revenus suffisants pour former un ressort médical. Dans ces localités,

il est juste que les médecins soient nommés directement par les conseils communaux ; mais des contestations ne manqueraient pas de surgir entre les administrations locales si elles étaient investies du droit de désigner le praticien qui serait appelé à exercer dans une agrégation de communes. Pour prévenir ou terminer ces conflits, il importe que les nominations soient faites par la députation permanente, sur une liste de candidats présentés par les conseils communaux de la circonscription. L'avis préalable de la commission médicale désignera au choix de la députation le candidat le plus capable.

L'inscription sur une des listes des personnes de l'art de guérir, dressées annuellement par les commissions médicales provinciales comme ayant le droit d'exercer la médecine, la chirurgie et les accouchements, constituerait la condition d'éligibilité du médecin communal.

Cette disposition, Messieurs, soulève la question de savoir si le mandat de médecin communal pourrait être confié à la plupart des praticiens actuellement fixés dans les campagnes.

Les chirurgiens admis en vertu de la loi du 12 mars 1818, peuvent, en vertu d'une dispense qui leur serait accordée conformément aux prescriptions de l'art. 7 de la même loi, exercer la médecine interne. Ils seraient donc aptes à remplir les fonctions de médecin communal.

Les docteurs en médecine, non diplômés en chirurgie et en accouchements, sont autorisés, en vertu de l'art. 50 de la loi du 27 septembre 1835, à subir un examen spécial et pratique sur les opérations chirurgicales et les accouchements. En usant de cette faculté, ils seraient également éligibles.

Enfin, si les modifications que l'Académie a récemment proposées à la loi sur l'enseignement supérieur, en ce qui concerne les professions médicales, sont adoptées par la législature, on n'admettra plus qu'une seule catégorie de praticiens, qui seront autorisés à exercer toutes les branches de l'art de guérir.

La durée du mandat du médecin communal n'est pas limitée, et sa suspension et sa révocation sont soumises à des formalités qui lui garantissent la conservation de ses fonctions, aussi longtemps qu'il les remplit avec zèle et exactitude. S'il n'en était pas ainsi, la crainte de perdre l'appui des administrations locales, l'empêcherait souvent de signaler à l'attention des autorités dont il dépend, les faits qui intéressent l'hygiène publique.

L'institution des médailles, décrétée par l'arrêté du 18 avril 1818, n'a été favorable à la propagation de la vaccine que dans les localités où les médecins et les chirurgiens ont pu réunir un

nombre suffisant de vaccinations gratuites, pour prétendre à l'obtention de ces médailles : des moyens peu délicats et même immoraux ont été employés pour obtenir ces récompenses.

Dans sa séance du 25 février 1844, l'Académie a exprimé le vœu qu'il soit établi partout des vaccinateurs salariés, et que la distribution des médailles annuelles à accorder aux vaccinateurs ayant fait au moins cent vaccinations gratuites pendant l'année, soit supprimée.

La création du service médico-rural permettrait d'appliquer à tout le royaume un système de propagation de la vaccine, dont l'expérience a sanctionné l'efficacité dans plusieurs provinces du pays.

Vous vous êtes également occupés, Messieurs, des mesures à prendre pour prévenir le danger des inhumations précipitées, et empêcher que des crimes ne soient tenus cachés par la soustraction du corps de délit. Vous avez admis, en principe, que des médecins spéciaux seraient chargés de la constatation des décès.

La vérification des décès, faite par un médecin investi de fonctions publiques et révocable, donnerait aux familles et à la société toutes les garanties qu'elles peuvent réclamer. Toutefois la section exprime le désir que l'Académie soit appelée à donner ses conseils sur le règlement à intervenir sur la matière.

Les autres obligations que les médecins communaux auront encore à remplir sont d'une importance qui ne demande pas à être justifiée.

Pour donner la preuve du zèle qu'il aura montré dans l'accomplissement de ses fonctions, le médecin communal devra adresser tous les six mois, à la commission médicale de la province, un rapport sur les principales attributions qui lui sont confiées : la science puisera dans ces documents des données intéressantes pour l'hygiène publique.

Nous ne terminerons pas ce rapport, Messieurs, sans appeler votre attention sur les amendements que la quatrième section propose à quelques articles du projet du gouvernement.

La corporation médicale s'est livrée à de vaines et inutiles tentatives pour établir une caisse de retraite et de secours, au profit des médecins qui, à cause de leur âge ou de leurs infirmités, ne peuvent plus continuer l'exercice de leur profession. Ce but pourra être atteint dans les campagnes, par une retenue faite sur le traitement des médecins communaux.

La section demande que le bienfait de l'institution d'une pareille caisse ne s'étende pas seulement aux médecins, mais encore à la femme et aux enfants mineurs du médecin décédé.

Aux termes de l'article 20 du projet, le médecin communal empêché de faire son service pour cause de maladie ou pour tout autre motif, devrait se faire remplacer, et le médecin remplaçant serait substitué à la jouissance des émoluments du médecins titulaire, aussi longtemps que durerait son service.

Il serait peu équitable de priver entièrement le médecin de son traitement, à l'occassion de maladies qu'il aurait souvent contractées dans l'exercice de ses fonctions.

Nous proposons que le traitement soit partagé entre le médecin titulaire et celui qui le remplace.

Les mesures prescrites par l'art. 31 du projet, en vue d'exercer un contrôle convenable sur la livraison des médicaments, seraient d'une application difficile dans la pratique ; les indigents seraient obligés de faire un parcours plus ou moins considérable pour renouveler le billet dont il est parlé à l'art. 16, et souvent ils ne rencontreraient pas le membre du bureau de bienfaisance qui a signé celui-ci. En attendant l'autorisation exigée, le médecin communal devrait ajourner la prescription des remèdes que réclame l'état du malade.

Ces inconvénients disparaîtraient en rendant le billet valable pour toute la durée de la maladie, à la charge par les indigents, de remettre les recettes au bureau de bienfaisance.

En conséquence, Messieurs, la section vous propose :

1° D'ajouter à l'art. 13 du projet la disposition suivante : « Il est entendu qu'en cas de décès, la femme et les enfants jouiront de la pension. »

2° De rédiger en ces termes le dernier paragraphe de l'art. 18:

« Le médecin remplaçant est substitué à la jouissance de la moitié du traitement et des émoluments du médecin titulaire aussi longtemps que dure son service. »

3° D'ajouter à l'art. 29 une disposition ainsi conçue :

« Les recette postérieures pourront se donner sans billet pendant toute la durée de la maladie, à la condition d'être remises immédiatement après leur préparation au membre du bureau de bienfaisance qui a signé le billet prescrit par l'art. 16. »

— *M. le président :* Avant d'ouvrir la discussion, je donnerai, si personne n'y fait opposition, lecture de la lettre de M. Sovet :

« Beauraing, le 12 juin 1849.

« *A Messieurs les membres de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

« Messieurs et honorés collègues,

« Je croirais manquer à mes devoirs de correspondant, si je ne vous transmettais quelques observations sur le projet d'organisation du service médico-rural qui est actuellement soumis à votre examen. L'ensemble de mesures proposées dans ce projet ne peut être l'objet d'une critique de ma part, car il est parfaitement conforme à celui qu'en 1846, j'ai moi-même exposé dans un travail spécial dont j'ai eu l'honneur d'adresser un exemplaire à la Compagnie (1). Je me bornerai donc à signaler quelques lacunes, et à proposer des amendements additionnels destinés à les combler.

« L'article 6 n'indique aucune mesure propre à prévenir la mise au rabais, ni les marchés clandestins qui pourraient être conclus avec les communes par des médecins oublieux de leur dignité. L'expérience a cependant prouvé dans notre pays (2), et dans d'autres royaumes, que des mesures préventives sont nécessaires; ainsi c'est pour empêcher des abus de ce genre qu'ont été rédigés les premiers articles du règlement promulgué en Angleterre, le 12 mars 1842, lors de la réforme du service sanitaire des indigents (3). L'Académie comprendra que pour que l'organisation nouvelle porte de bons fruits, il ne faut pas qu'elle devienne une source de mauvaises passions ni d'abaissement pour la profession médicale, et qu'il est nécessaire que les médecins communaux en reçoivent des avantages proportionnés aux devoirs qui leur seront imposés; s'il n'en était point ainsi, les indigents en seraient les premières victimes. Je proposerai donc l'addition suivante à l'article 6 : « *S'il était constaté que, pour amener son élection, un médecin aurait fait des offres de rabais sur les émoluments à percevoir pour le traitement des indigents, sa nomination serait annulée, et son éligibilité serait suspendue pendant dix ans.* »

L'art. 8 ainsi conçu : « *Le médecin communal est tenu de résider dans la localité qui lui est assignée* (4), » me paraît trop absolu. Il est certain que beaucoup de praticiens établis depuis plusieurs années dans le centre d'un canton où ils possèdent leurs propriétés

(1) *Du service sanitaire des indigents dans les communes rurales de Belgique, considéré dans son influence sur le paupérisme.* — Mémoire couronné par la Société de médecine de la province d'Anvers. — Boom, 1846.

(2) Mémoire précité, p. 72.

(3) Mémoire précité, p. 37.

(4) Cet art. 8 a été supprimé : 9 est devenu 8.

et des liens de famille, ne pourront accepter l'emploi de médecin communal. Si on exige d'eux qu'ils se déplacent, il me semble qu'ils ont droit à certains ménagements compatibles avec les besoins du service, et je proposerai en leur faveur l'amendement suivant : « *Néanmoins les médecins établis avant la promulgation de la présente loi, pourront conserver leur résidence actuelle, à moins qu'ils n'acceptent l'emploi de médecin des pauvres dans des communes éloignées de plus de douze kilomètres de leur domicile actuel.*»

« Enfin l'art. 14 statue que les médecins communaux traiteront gratuitement les malades indigents dont les noms se trouvent portés sur les listes dressées par les bureaux de bienfaisance et approuvées par les administrations communales, et, d'un autre côté, on propose de fixer leur traitement à raison de 100 fr. par mille âmes de population.

« Ces dispositions renferment un immense danger pour la clientèle de beaucoup de médecins. Ou il faut limiter le chiffre proportionnel des indigents à inscrire par mille âmes de population, ou il faut fixer le traitement annuel du médecin par tête d'indigents inscrits ; sans ces précautions, beaucoup de médecins verront passer les trois quarts de leurs clients solvables sur la liste des personnes à traiter gratuitement, et il en résultera inévitablement que les six cents francs de traitement formeront les trois, quarts, ou au moins la moitié de tous leur revenu annuel. Or, ce résultat serait désastreux pour eux, et le projet, au lieu de fixer un plus grand nombre de médecins à la campagne, serait fuir plusieurs d'entre eux vers la ville, ce qui serait contraire au but que se propose le pouvoir. Pour l'enseignement primaire, les bureaux de bienfaisance et les conseils communaux font, il est vrai, les listes d'écoliers indigents, mais comme ces administrations sont tenues de payer cinq francs pour chacun d'eux, elles ne sont pas portées à en exagérer le nombre ; mais je suppose une commune de mille habitants payant annuellement pour sa quote part du traitement du médecin communal cent francs ; eh bien, comme cette quote part ne serait augmentée que proportionnellement au chiffre de la population générale et non à celui de la population indigente, vous verriez l'administration locale porter sur la liste du traitement gratuit sept à huit cents personnes, et bientôt la clientèle des médecins du plat pays se trouverait presque uniquement composée de personnes traitées gratuitement. Il me suffit de vous signaler ce danger pour que vous en compreniez la gravité au point de vue professionnel. Pour le prévenir, il faut, à mon avis, que l'inscription soit limitée au sixième de la population (1), ou bien que le

(1) Mémoire précité, p. 47.

traitement du médecin communal soit proportionné au chiffre des indigents portés sur la liste.

« Telles sont, Messieurs et honorés collègues, les lacunes les plus importantes que j'ai remarquées dans le projet qui vous est soumis, projet qui va décider de l'avenir de la plupart des médecins établis dans les communes rurales, et qui peut avoir une immense influence sur le bien-être des populations.

« Il ne me reste qu'un regret à exprimer, c'est celui de voir ces importantes mesures réglées par des arrêtés provinciaux. Il pourra en résulter dans certaines provinces des ajournements très-préjudiciables aux intérêts des classes pauvres. Il eût été préférable, à mon avis, que cette organisation fût dévolue à la législature, et qu'une loi générale réglât l'assistance due aux malades nécessiteux, comme une loi règle l'enseignement dû par les communes aux enfants indigents; je laisse à l'Académie le soin d'apprécier s'il convient qu'elle émette un vœu dans ce sens, et vous prie, Messieurs et très-honorés confrères, d'agréer l'assurance des sentiments les plus distingués avec lesquels j'ai l'honneur d'être

« Votre tout dévoué collègue,

« Sovet, D. M. »

— *M. le président :* La discussion générale est ouverte sur le rapport de la quatrième section.

— *M. Joseph Bosch :* Messieurs, il n'est malheureusement que trop avéré que les préceptes de l'hygiène publique et de la police médicale sont généralement méconnus dans les communes rurales; que nos campagnes sont encore fréquemment exploitées par le charlatanisme et par l'ignorance ; que dans un grand nombre de communes les indigents sont même privés de tous secours médicaux.

La sollicitude du gouvernement veut mettre fin à ce triste état de choses, et M. le ministre de l'intérieur vient de vous soumettre les dispositions que son département, de concert avec celui de la justice, a formulées pour la création d'un service médico-rural qui s'étendrait à tout le pays et dont les larges attributions rempliraient un triple but.

Ces dispositions sont simples, sages et bien propres à rendre d'immenses services à la société. Toutes aussi ont reçu l'assentiment de votre quatrième section, ainsi que le prouve le rapport qu'elle vous soumet, et qui fait l'objet de la présente discussion. Je me rallie entièrement à tout ce qu'elle a dit, et je n'ai demandé la parole que pour vous signaler une lacune que je remarque dans

les devoirs imposés au médecin communal, que je regarde comme fort importante, et que je désire voir comblée.

L'article 10 du projet des dispositions ministérielles qui traite des attributions et des devoirs des médecins communaux, dit qu'ils seront chargés de la vérification des décès, et il n'y est pas fait mention de la vérification des naissances. Cette dernière cependant me paraît bien plus importante encore que celle des décès ; il me sera bien facile de prouver.

En effet, par la vérification des décès, on se propose principalement d'empêcher les inhumations précipitées des personnes qui, n'offrant pas encore tous les signes évidents de la mort, pourraient se trouver dans un état de léthargie ou de mort apparente et être enterrées vivantes. J'approuve fort que le règlement à intervenir dans cette matière, et qui dicterait la règle de conduite du médecin communal, soit soumis à la sanction de l'Académie.

La vérification des décès peut encore remplir un autre but important : c'est la découverte de morts violentes à la suite de crimes, soit par empoisonnement, par blessures, par strangulation, etc., etc.

Mais à ces deux catégories se bornent les rares services que peuvent rendre les vérifications des décès ; car vous avouerez avec moi, Messieurs, que bien peu de personnes jusqu'à présent ont été rendues à la vie par cette pratique. Loin de moi cependant de la blâmer ; je la conseille, au contraire, fortement, parce que dans certaines circonstances elle peut être utile et sauver la vie à l'un de nos semblables. C'est ainsi que je puis vous en rapporter un exemple qui m'est personnel. C'était en janvier ou février 1814, pendant le fort du typhus qui régnait à cette époque dans les armées. J'étais employé comme sous-aide requis près de l'hôpital temporaire de la citadelle de Strasbourg. Le tombereau transportant journellement les morts de l'hôpital militaire de la ville dans des fosses creusées près du Rhin, où on recouvrait les cadavres de chaux vive, traversait comme d'habitude la citadelle à six heures du matin. On crut entendre quelque bruit dans son intérieur ; grand fut l'effroi des conducteurs et des soldats de la garde près de laquelle ce tombereau était momentanément arrêté. Je fus aussitôt appelé ainsi que mes camarades employés comme moi à l'hôpital de la citadelle, et nous retirâmes du tombereau un malheureux que l'on avait cru mort et qui fut rendu à la vie, car il guérit dans notre hôpital. Quelques minutes plus tard et il descendait dans la fosse commune.

Je le repète donc, Messieurs, je suis loin de vouloir proscrire la vérification des décès ; mais je crois celle des naissances bien plus importante encore, et je me permettrai de citer en peu de

mots les principales applications d'utilité qu'elles présentent.

1° La constatation du sexe, qui dans certains cas d'hypospadias et autres anomalies de structure, peut être douteuse et exiger impérieusement l'examen bien attentif d'un homme de l'art instruit pour sa détermination précise. Je pourrais aussi citer deux observations qui me sont personnelles, et où des erreurs commises par une sage-femme et un accoucheur peu anatomistes, ont eu les plus fâcheuses conséquences pour l'avenir des individus qui étaient des garçons, et qui avaient été élevés comme filles jusqu'à un âge fort avancé.

2° Certaines difformités, comme l'occlusion du canal de l'urètre, celle du rectum, quelquefois par une simple membrane facile à perforer, échapperont à l'investigation d'une sage-femme et deviendront les causes de la mort de l'enfant. Le médecin vérificateur des naissances les découvrira facilement et y remédiera souvent instantanément. J'ai également rencontré plus d'un cas qui le prouve.

3° Combien d'enfants ne naissent pas avec la syphilis ? Vous comprenez, Messieurs, la haute importance de constater promptement l'existence de cette affreuse maladie qui est presque toujours mortelle avant les trois mois, lorsque ces pauvres petits malheureux ne sont pas traités à temps et convenablement. Et le petit nombre de ceux qui échappent à la mort, ne sont-ils pas le plus souvent atteints de carie vertébrale ou d'autres graves affections qui ne permettront que le développement d'une constitution chétive qui peut devenir le point de départ d'une génération scrofuleuse et rachitique ? J'ai été pendant de longues années médecin d'un hospice d'enfants abandonnés que l'on plaçait généralement chez des nourrices à la campagne, et j'ai pu me convaincre souvent que c'était là une des causes les plus fréquentes de la propagation de la syphilis dans les communes rurales. Le retour des sémestriers, le voisinage des grandes villes, et bien d'autres causes encore, concourent cependant puissamment à propager cette infection chez les campagnards.

Vous signalerai-je encore les ophthalmies gonorrhéiques, les ophthalmies purulentes des nouveau-nés qu'il est si important d'aborder dès le début et dont une cécité incurable est si fréquemment le résultat, lorsqu'elles sont méconnues ou négligées, quelquefois au bout de peu de jours et même au bout de quelques heures, ainsi que notre honorable collègue M. Cunier et moi, nous en voyons des exemples fréquents à l'Institut ophthalmologique de la province ?

5° Cette vérification des naissances ne peut-elle pas aussi faire

découvrir des infanticides ou du moins des sévices graves exercés dans un but coupable ?

6° Il n'est pas non plus sans importance que l'on découvre le plus tôt possible l'existence de pieds-bots et autres contractions tendineuses et musculaires, pour les soumettre aux opérations que nous a encore enseignées naguère notre savant compatriote et collègue M. le docteur Jules Guérin.

Bien d'autres applications encore de la nécessité de la vérification des naissances pourraient être rapportées ici ; mais je crois en avoir dit assez pour vous faire partager ma conviction, et je conclus en proposant d'ajouter aux autres obligations du médecin communal, celle de la vérification des naissances, tant chez les riches que chez les pauvres des communes de son ressort médical.

Communications et lectures. — De l'emploi de l'acétate de plomb neutre, selon la méthode de M. Buys, dans le traitement de quelques affections oculaires ; par M. Cunier, membre correspondant.

Messieurs,

L'extension toujours croissante de l'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse* dans la classe pauvre et ouvrière de notre pays, son opiniâtre persistance dans l'armée, donnent la plus haute importance à toutes les découvertes qui tendent à perfectionner et surtout à rendre plus simple et plus efficace la thérapeutique à opposer à cette terrible et désastreuse maladie.

Nous devons le proclamer avec fierté, c'est à la médecine militaire belge que l'on est redevable des règles qui sont aujourd'hui généralement adoptées dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse. J'ai exposé dans mon *Rapport à M. gouverneur du Brabant* (1), les recherches à la fois longues, patientes et minutieuses qui ont été entreprises à ce sujet par les officiers de santé de notre armée ; j'ai montré dans cet écrit, comment tous ces efforts, auxquels je tiens à honneur de m'être associé, ont abouti à une méthode complète, dont la création et l'exposition reviennent à notre estimable vice-président, M. Fallot, alors médecin principal de la garnison de Namur, et à M. le médecin de régiment Loiseau, aujourd'hui chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique de la province de Namur.

(1) Ce rapport a paru sous ce titre : *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique et en particulier dans la province du Brabant.* Rapport adressé à M. Liedts, gouverneur du Brabant, etc. — Bruxelles, 1847, in-8°, p. 332.

Cette méthode, qui consiste dans l'emploi de la cautérisation au moyen du nitrate d'argent fondu, a rendu des services inappréciables. C'est à son adoption que l'on doit, sans contredit, d'avoir pu se rendre maître du fléau dans l'armée, d'avoir rendu très-rares les accidents autrefois si communs.

Des reproches, la plupart très-graves et très-réels, ont cependant été articulés contre la cautérisation :

D'abord, ce mode de traitement ne peut être employé que par un chirurgien qui soit bien pénétré des conditions pathologiques auxquelles la cautérisation est applicable, et dont la main ait été parfaitement exercée à cette opération.

Il n'est que trop vrai, en effet, que l'on note à la suite de l'application intempestive ou mal conduite du nitrate d'argent, des accidents plus ou moins graves, sur lesquels M. Gouzée et moi avons appelé l'attention, dès 1838, et qu'un de nos collègues, M. Hairion, s'est attaché tout récemmunt à faire ressortir, à l'aide d'exemples que sa position spéciale lui a permis de recueillir.

En second lieu, la cautérisation par le sel lunaire est des plus douloureuses.

On a pu, dans l'armée, en généraliser l'emploi ; les instructions ministérielles étaient d'ailleurs trop précises pour que les soldats ne se soumissent pas avec empressement à l'emploi des moyens que leurs médecins voulaient mettre en usage.

Dans la pratique civile, les choses ne se passent pas aussi facilement. Ce n'est ordinairement qu'après les plus graves efforts de persuasion que l'on parvient à décider les malades à se laisser toucher avec la pierre infernale, et je déclare que, pour mon compte, il ne m'est arrivé que très-exceptionnellement de rencontrer des personnes qui aient consenti à se faire cautériser jusqu'à disparition complète des granulations qu'elles portaient.

Je me bornerai à citer ces inconvénients, dont on ne saurait contester ni la réalité, ni la gravité.

Dès 1838, on s'est ingénié à y remédier, en rendant l'opération plus facile et moins douloureuse ; c'est dans ce but que j'ai proposé, et que M. Gouzée a bientôt recommandé la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, appliquée à l'aide d'un pinceau, pratique adoptée plus tard par M. Hairion, qui la vante encore aujourd'hui. La lenteur, l'incertitude de cette méthode, ont fait qu'elle est généralement abandonnée. Il en est de même de la cautérisation à l'aide du crayon de nitrate d'argent ou nitrate de potasse (1). Il est resté démontré que pour guérir avec le nitrate

(1) Voir, à ce sujet, *Annales d'Oculistique*, vol. XX, p. 157.

d'argent, il ne faut pas s'écarter des préceptes posés par MM. Fallot et Loiseau.

Le mode de traitement que ma communication est destinée à faire connaître présente des avantages qui contrebalancent avec succès ceux de la cautérisation par la pierre infernale.

Il y aura bientôt onze ans qu'il se répandit tout à coup parmi les officiers de santé de l'armée, que M. le docteur Buys, médecin de garnison à Bruges, obtenait de l'emploi de l'acétate de plomb pulvérisé, des succès aussi certains et plus prompts que ceux que l'on retirait de la cautérisation.

Depuis longtemps il employait ce moyen avec avantage dans les rhagades, dans la balanite, etc., et il avait ainsi été conduit à s'en servir pour combattre les granulations. Je me hâtai, comme c'était mon devoir de publiciste, de faire connaître dans mes *Annales d'Oculistique* (1), la découverte de notre compatriote. Voici comment M. Buys agissait à cette époque :

Il prenait de l'acétate de plomb neutre, réduit en poudre impalpable ; il en déposait, à l'aide d'une petite spatule, une couche sur la conjonctive granulée. Ce temps de l'opération terminé, il passait un pinceau imbibé d'huile sur la portion de muqueuse ainsi recouverte.

Des essais avec l'acétate de plomb eurent lieu au dépôt des ophthalmiques établi à Namur ; ils furent conduits par M. le docteur David, médecin de régiment au 2e cuirassiers, que l'on avait détaché de la garnison de Bruges, où il avait suivi la pratique de M. Buys. Les résultats furent très-loin d'être satisfaisants : on ne tarda pas à le savoir, et, dès lors, on crut la méthode jugée : on parut désormais ne plus y donner la moindre attention.

Cependant M. Buys continuait à suivre ses mêmes errements. Aux insuccès constatés à Namur, et qu'il ne pouvait s'expliquer que par la circonstance que M. David n'avait pas exactement suivi sa méthode, notre confrère opposait les réussites qu'il continuait d'obtenir chez les malades traités dans son hôpital, et dans quelques cas, après que le nitrate d'argent avait complétement échoué. Une note explicative de M. Buys, une description détaillée de sa méthode, publiées dans un journal de médecine ou communiquées à l'une de nos associations médicales, eussent définitivement fixé la question. Mais le médecin de la garnison de Bruges se décide difficilement à écrire ; tous les médecins qui avaient successivement été placés sous ses ordres avaient pu contrôler les résultats qu'il réalisait ; il avait toujours été empressé à donner les renseignements qu'on avait bien voulu lui demander : il croyait avoir assez fait par

(1) Volume II, p. 222.

là, et il ne songeait d'ailleurs pas à se faire un grand mérite de son invention.

Des circonstances spéciales, que je vais exposer, sont récemment venues contraindre, en quelque sorte, notre confrère à mettre fin au silence que la modestie lui avait si malheureusement imposé. Le 15 novembre dernier, M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, adressa aux officiers de santé militaires une circulaire dont je me contenterai de reproduire le préambule.

« Malgré les travaux de quelques membres du service de santé, « dit M. Vleminckx, la question du traitement de la conjonctive « granuleuse n'est pas encore complétement résolue, et j'ai eu « occasion de remarquer que bien des accidents sont dus à la « manière dont il est fait emploi du sel lunaire. Je désire vivement « mettre un terme à ce fâcheux état de choses, et à cet effet, je « crois devoir appeler votre attention sur le travail récemment « publié (1) par M. le médecin de bataillon de première classe « Hairion, et vous inviter à en soumettre les propositions princi- « pales à une discussion approfondie dans vos plus prochaines « conférences (2). »

M. Buys ne pouvait se taire. La lutte était provoquée : il devait l'accepter. Il proposa immédiatement, comme contrôle de la discussion, d'admettre dans l'hôpital qu'il dirige, un certain nombre de granulés qui seraient traités, la moitié d'après les préceptes exposés par M. Hairion, l'autre part par les applications d'acétate de plomb. M. Vleminckx s'empressa d'autoriser ces essais comparatifs. Le résultat ne fut pas longtemps douteux. Les malades traités par la méthode de M. Buys guérirent rapidement. Ceux traités par la cautérisation avec la solution d'azotate acide d'argent, témoins du succès, et fatigués de souffrir et de séjourner à l'hôpital, ne cessaient de manifester le plus ardent désir de subir le traitement par le plomb : il n'est pas de stratagème auquel ils n'aient eu recours pour se glisser parmi leurs camarades soignés par M. Buys. M. le docteur Vleminckx vous certifiera le fait, qui m'a d'ailleurs été affirmé par tous les médecins qui ont suivi ces intéressants essais.

Deux guérisons remarquables vinrent bientôt mettre en évi-

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XX, pp. 67, 83 et 93.

(2) Une circulaire de M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, en date du 20 mai 1847, n° 84, a prescrit l'institution, dans les hôpitaux militaires, de conférences scientifiques mensuelles Dans ces réunions, qui doivent durer au moins deux heures, les officiers de santé soumettent à la discussion de leurs collègues les faits et les observations de quelque importance, recueillis par eux ; ils donnent lecture des mémoires ou notes scientifiques qu'ils se proposent de publier ; enfin, ils présentent à tour de rôle des propositions sur des points de science laissés à leur choix.

dence, plus que ne l'avaient fait tous les succès obtenus déjà, l'importance des services que l'on peut retirer de l'usage de l'acétate de plomb.

Un soldat du 5e de ligne avait été pensionné comme atteint de lésions incurables ; il était atteint de kératite conique et vasculaire, et de blépharospasme chronique ; il portait aux quatre paupières des granulations énormes fournissant une abondante sécrétion ; ce malheureux avait été traité par la cautérisation, tant à la salle des granulés du corps que dans divers hôpitaux ; il avait été touché 250 fois, disait-il, avec la solution argentique dans le dernier établissement sanitaire où il avait séjourné. Les moyens internes et externes les plus variés avaient été prodigués.

L'acétate de plomb avait fait, en quelques jours, justice du blépharospasme et de la sécrétion. Au bout de quelques sema nes l'état du malade était si satisfaisant que l'on conçut l'espoir fondé de lui rendre un certain degré de vision. Un résultat au plus haut point remarquable n'a pas tardé, en effet, à être réalisé. Ce pauvre soldat qui endurait des souffrances continuelles et très-vives, et que l'on avait abandonné comme incurable, pouvait désormais se conduire, vaquer à diverses occupations !

La seconde guérison concerne également un soldat du 5e de ligne, qui avait été pris pour la première fois d'ophthalmie granuleuse au mois de juillet 1847. On l'avait fait entrer à cette époque dans un hôpital où il avait séjourné pendant près de quatre mois ; traité au moyen du nitrate d'argent, il était sorti déclaré *guéri* ; mais les apparences se démentirent bientôt. Après deux mois, il avait dû être une nouvelle fois envoyé à l'hôpital ; il y avait subi trente cautérisations. Sorti incomplétement guéri, il avait éprouvé, au bout de huit jours, une nouvelle recrudescence qui avait exigé son renvoi dans un hôpital, d'où on l'avait presque immédiatement dirigé sur un établissement spécial. Là il avait été soumis à l'occlusion palpébrale au moyen du collodion, à l'attouchement avec le nitrate d'argent en solution, et à l'usage de divers moyens tant internes qu'externes. Le malade estimait que ses conjonctives avaient été cautérisées environ cinq cents fois, tant dans les hôpitaux que pendant le séjour qu'il avait fait à la salle des granulés, en sortant de ces établissements.

Cet homme a fini par être proposé pour la pension provisoire, comme incapable de pourvoir à sa subsistance par le travail de ses mains, à cause *d'obnubilation des cornées et de grande irritabilité des yeux*. Envoyé à Bruges pour y subir une contre-visite, il y a été retenu par M. Buys.

Au bout de six semaines les rugosités et les granulations conjonctivales avaient disparu et avec elles la sécrétion abondante

qu'elles fournissaient, la photophobie, le blépharospasme, la vascularisation des cornées ; les taches centrales, dont celles-ci étaient le siége, étaient diminuées ; on pouvait dire que la tache du côté droit avait disparu. Une guérison radicale était assurée, lorsque l'invasion du choléra mit dans l'obligation de renvoyer le malade à son corps, où il a pu, du reste, reprendre son service.

Les deux faits que je viens de citer produisirent une sensation immense auprès de l'autorité. Ils devinrent bientôt l'objet de la conversation de tous ceux qui s'enquéraient de ce qui se passait à Bruges ; on faisait bien la remarque qu'il n'était nullement prouvé que dans l'un comme dans l'autre cas, le nitrate d'argent convenablement manié, n'eût pas amené un pareil résultat ; mais tous s'accordaient à reconnaître que ce moyen n'eût jamais conduit au but avec la promptitude d'action que l'acétate de plomb avait montrée, et que des souffrances longues et vives avaient été épargnées aux deux malades.

Vous comprendrez, Messieurs, que je ne pouvais rester spectateur inoccupé au milieu de ce mouvement. J'avais de nombreux malades en traitement, dès le mois de mars, je me mis à expérimenter la méthode de M. Buys, et comme je l'avais autrefois employée sans résultats bien encourageants, je commençai par m'enquérir soigneusement des règles à suivre dans l'emploi de l'acétate de plomb. M. Vleminckx, M. le docteur Buys, frère du médecin de garnison, M. le docteur Meynne, alors rédacteur en chef des *Archives de médecine militaire*, me fournirent tous les renseignements qu'ils tenaient de M. Buys lui-même. Je me mis : lors décidément à l'œuvre, de concert avec mon excellent collaborateur et ami, M. le docteur E. Henrotay, médecin de bataillon de première classe aux chasseurs-carabiniers, qui traita dès ce moment tous les granulés de son corps par la nouvelle méthode. Jour par jour, M. Henrotay et moi nous nous communiquions le résultat de nos observations ; un grand nombre de malades de l'Institut ophthalmique furent traités tant par lui que par moi ; notre collègue M. le docteur Joseph Bosch, chirurgien-adjoint de l'Institut ophthalmique, s'associa bientôt à nos expérimentations cliniques.

Notre confiance dans l'efficacité de l'acétate de plomb ne tarda pas à être complète. Une occasion solennelle de prouver combien cette confiance était profonde chez moi, surgit bientôt. En examinant un œil atteint d'ophthalmie contagieuse, à l'état sub-aigu, du muco-pus provenant de cet œil était jailli entre mes paupières : les précautions que j'avais prises avaient été complétement inutiles. Une violente ophthalmie s'était développée. Je ne balançai pas un instant à recourir à l'acétate de plomb, qui me fut appliqué par M. Henrotay. Un pronostic assez fâcheux avait été porté par

les hommes les plus compétents; je fus néanmoins rendu à mes occupations dans un intervalle de temps qui fut très-loin d'être aussi long qu'on devait le craindre. M. le docteur Fallot, qui m'a soigné avec une sollicitude dont je garderai éternellement le souvenir, a été témoin de ce que j'avance.

Ma qualité de rédacteur en chef d'un journal spécialement consacré à l'ophthalmologie m'imposait le devoir de rendre compte des faits que j'avais observés. Je crus toutefois devoir attendre que de nouvelles guérisons eussent été obtenues à ma clinique; je désirais d'ailleurs, avant de rien publier, faire visite à M. Buys, et le voir agir. L'occasion m'en fut bientôt fournie. Mandé à Bruges pour y voir un malade, je m'y rendis, il y a trois semaines, en même temps que M. le docteur Henrotay, qui avait reçu de M. l'inspecteur général du service de santé militaire, la mission d'aller étudier sur les lieux la méthode de M. Buys. Nous avons passé deux jours à Bruges; une trentaine d'applications d'acétate de plomb ont été faites en notre présence par M. Buys, qui nous a fait voir en détail tous les ophthalmiques traités par sa méthode, et qui a bien voulu nous accompagner tant à la prison qu'à la caserne du 7e régiment d'infanterie pour y voir des granulés guéris ou en voie de guérison.

De retour à Bruxelles, j'ai demandé à vous faire une communication au sujet de la méthode de M. Buys, tant pour vous en tracer l'historique, que pour vous décrire exactement le mode suivant lequel notre confrère brugeois procède à l'application de l'acétate de plomb. Vous ne manquerez pas, j'en ai l'intime conviction, d'accueillir avec tout l'intérêt dont elle est digne, la nouvelle du progrès si important, imprimé par notre modeste compatriote, à la thérapeutique d'une maladie qui porte aujourd'hui la désolation dans un si grand nombre de familles de la Belgique.

Voici, Messieurs, comment procède M. Buys :

Il fait choix de l'acétate de plomb neutre, préalablement éprouvé, et réduit en poudre impalpable.

Un pinceau à miniature du volume de ceux ordinairement usités pour l'emploi des caustiques liquides, est mouillé d'eau, afin de pouvoir être chargé de poudre plombique. (Il faut, pour recouvrir toute la face interne d'une paupière, de 1 à 1 1/2 grain d'acétate de plomb.)

Si l'on veut toucher en bas, on ordonne au malade de regarder en haut, et on abaisse la paupière inférieure, comme on le fait pour la cautérisation. L'acétate de plomb dont le pinceau est chargé est alors uniformément étendu sur toute la surface conjonctivale à modifier.

Ce temps terminé, on maintient la paupière renversée jusqu'à

ce que les larmes soient venues dissoudre l'acétate plombique. Si quelque portion de sel est en excès, on l'enlève avec le pinceau.

Pour appliquer l'acétate de plomb en haut, on retourne la paupière (toujours comme cela a lieu pour la cautérisation), et la portion conjonctivale malade est recouverte avec le sel. Ici, la dissolution se fait plus lentement ; l'humidité fournie par la muqueuse est le plus ordinairement insuffisante, et l'on est obligé de la toucher avec le pinceau imbibé des larmes qui s'accumulent dans les angles.

Dès que l'acétate plombique est dissous par les larmes et a pénétré dans le tissu, on voit celui-ci se crisper, se contracter fortement ; il survient même souvent, surtout à la paupière supérieure, une espèce d'efflorescence sanguine ; mais le phénomène le plus remarquable, c'est que les granulations, si elles n'ont qu'un volume moyen, et leurs sillons, lorsqu'elles en offrent, disparaissent ; la membrane apparaît lisse et unie aussi longtemps qu'elle reste tendue et exposée à l'air. L'aspect blanc éclatant, que le plomb lui imprime, ne se manifeste, en général, qu'après que la reposition de la paupière a eu lieu.

Lorsque les granulations offrent un volume considérable ou que la conjonctive présente des sillons très-profonds, le poli ne s'obtient pas dès la première application ; mais on le voit se manifester au second ou au troisième attouchement. Je peux citer un cas très-remarquable à l'appui de cette assertion. Un maçon, le nommé Ségrétin, de la commune de Mellery, portait aux paupières supérieures des granulations en forme de framboises aplaties, offrant toutes le volume de la graine du lin : une application, pratiquée en présence de M. Fallot, ne fut suivie que d'une diminution insignifiante dans le volume des aspérités ; un second attouchement, pratiqué six jours plus tard, et cette fois moins timide, ne laissa plus subsister que quelques éminences. A la troisième application, faite depuis que j'ai vu M. Buys, la surface fut égalisée.

Le contact de l'acétate de plomb avec la muqueuse palpébrale détermine un sentiment très-prononcé d'adstriction, parfois de cuisson ; il y a rarement production de véritable douleur. Ce sentiment disparaît bientôt pour renaître au moment où la paupière touchée est remise en place ; il se manifeste alors un flux de larmes blanches, brûlantes, qui cesse dans un espace de temps qui varie entre quelques secondes et deux ou trois minutes ; il se prolonge rarement davantage. L'œil peut alors être tenu ouvert. Si c'est la paupière supérieure qui a été touchée, la sensation de gravier (permanente ou revenante par intervalles), que déterminait l'inégalité de la muqueuse, a disparu ; on ne ressent plus que de l'engourdissement dans la partie, et pendant une ou deux heures, il

s'écoule parfois, à des intervalles éloignés, quelques larmes chaudes. Lorsque l'attouchement a eu lieu en bas, la gêne reste assez prononcée durant quelques heures ; l'engourdissement est plus fort et plus persistant ; ils s'accompagne même du retour, par intervalles, du sentiment de cuisson perçu au moment de l'application.

La réaction du côté de l'œil est nulle ; si vous avez affaire à des granulations indolentes, la légère injection de la conjonctive oculaire qui survient, se dissipe immédiatement ; si, au contraire, cette conjonctive est injectée, s'il y a vascularisation kératique, une diminution des plus manifestes dans le calibre et le nombre des vaisseaux peut être constatée au bout de quelques heures.

Le premier attouchement est toujours suivi du développement d'un certain degré de gonflement et parfois d'œdème des paupières ; après ving-quatre ou quarante-huit heures tout a disparu. L'application des compresses imbibées d'eau de Goulard camphrée, et, mieux encore, l'usage de compresses sèches, frottées avec du camphre, hâtent considérablement la résolution de cet état. C'est à ces mêmes moyens que j'ai recours lorsque l'application du sel de plomb est suivie d'une persistance trop vive du sentiment de cuisson ou de douleur.

M. le docteur De Condé, médecin de régiment au 6e de ligne, et correspondant de l'Académie, a établi récemment, dans un travail très-remarquable inséré dans mes *Annales d'Oculistique* (1), tout l'avantage qu'offre la pratique qui consiste à attaquer d'abord les granulations des paupières supérieures. M. Buys suit ce précepte, aujourd'hui généralement adopté. Il commence habituellement par porter l'acétate de plomb sur la surface altérée des deux paupières supérieures ; parfois il ne touche qu'une seule paupière le même jour.

Deux ou trois jours plus tard, il attaque les paupières inférieures.

Après une couple de jours de repos, il va à la recherche des portions de conjonctive altérée, principalement dans les angles, qui ont pu échapper à l'application, et il les touche immédiatement.

Il ne faut revenir à une nouvelle application qu'après que les traces de la première ont disparu, ou du moins, sont diminuées considérablement. Cette disparition est d'autant plus prompte que l'affection est plus aiguë ou que l'écoulement des larmes est plus abondant.

Le sel plombique met parfois un temps considérable à se déta-

(1) Volume XXI, p. 3, janvier 1849. — Le travail de M. De Condé porte ce titre : *Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement.* — Ce mémoire a été reproduit dans les *Archives de médecine militaire*, tome III, p. 165, mars 1849.

cher ; je connais des malades qui ont été traités par M. Buys en 1838, 1839 et 1840, et qui en présentent encore des traces.

Cette lenteur que le plomb met quelquefois à disparaître a conduit M. Buys à examiner cette question :

A quelle époque et a quels signes pourra-t-on reconnaître que l'affection granuleuse est parfaitement guérie?

Voici sa réponse :

« Au bout d'un certain temps, dit-il, l'aspect blanc de la mu-
« queuse cesse d'être homogène ; par suite de l'élimination pro-
« gressive du sel dont elle a été saturée, on ne remarque
« plus que quelques traînées plus ou moins diffuses, offrant çà et
« là, une sorte de tatouage pulvérulent. Or, dans les points où
« l'élimination complète s'est opérée, on peut apprécier parfaite-
« ment l'intégrité de la conjonctive revenue à l'état normal, et en
« conclure, par analogie, la guérison complète, qui ne sera ob-
« jectivement appréciable qu'après la disparition totale du sel
« plombique. Si donc, pendant un temps assez long, un mois, six
« semaines, par exemple, la muqueuse a cessé de sécréter, si les
« granulations se sont effacées, si la conjonctive a repris son poli
« et ne présente plus d'autre trace de l'affection que la présence
« du sel plombique, on peut considérer le malade comme parfai-
« tement guéri. »

Telle est, Messieurs, la communication que j'avais à vous faire, au sujet d'une méthode thérapeutique d'une application simple et facile, qui guérit aussi sûrement que celle qui repose sur l'emploi du nitrate d'argent, et qui a sur cette dernière l'incontestable avantage de ramener la muqueuse altérée à ses conditions physiologiques, au lieu de la détruire et de la remplacer par un tissu de nouvelle formation. La guérison, il ne faut pas le perdre de vue, n'est pas achetée au prix de souffrances pénibles, comme cela a lieu avec la pierre infernale ; elle est réalisée dans un espace de temps de moitié, et, le plus souvent même, des trois quarts moindre que par la cautérisation.

Des objections ne manqueront certainement pas d'être opposées à l'emploi de cette méthode. Plusieurs ont été rencontrées déjà dans le cours de cette note. Il en est une dont je n'ai pas fait mention, et dont je peux d'autant moins m'abstenir de parler, qu'elle sera probablement soulevée par tous ceux qui ont lu mon *Mémoire sur le danger de l'emploi de certains collyres mal préparés ou mal formulés* (1). Cette méthode, diront-ils, ne doit pas être employée lorsqu'il y a ulcération de la cornée, sinon, il se produira des incrustations dans cette membrane. Voici ce que l'expérience m'a appris jusqu'à ce jour. J'ai appliqué l'acétate de plomb dans

(1) *Annales d'Oculitique*, vol. X, p. 264.

dix cas où il existait des ulcérations de la cornée ; nulle incrustation n'a eu lieu, et la cicatrisation a été hâtée. J'ai rencontré dans le service de M. Buys un malade atteint d'ophthalmie gonorrhéïque, avec ramollissement du segment supérieur de la cornée droite, et un autre affecté de la même maladie, avec ulcération kératique étendue; le sel de plomb avait été appliqué déjà plusieurs fois sans qu'on en remarquât la moindre trace dans la cornée. Au reste, il faut bien se rappeler que les incrustations que j'ai constatées ont toujours eu lieu avec des composés insolubles, tels que le carbonate ou le méconate de plomb, etc. ; l'acétate plombique, par son contact avec les larmes, est transformé en un double chlorure soluble (1) ; c'est là le seul composé qui puisse venir en contact avec la cornée. Je dirai à cette occasion que j'ai recours avec succès, dans les ulcérations kératiques atoniques, à des instillations avec une solution d'acétate de plomb neutre et d'hydrochlorate de soude : ce moyen hâte la cicatrisation de la manière la plus remarquable; jamais il ne donne naissance à des incrustations.

Il me reste, Messieurs, à vous exposer le plus brièvement possible, quelques résultats cliniques, et j'aurai accompli la tâche que je me suis imposée.

Il a été question, dans ce qui précède, de granulations, et par là, j'ai entendu exclusivement celles qui sont propres à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, et dont le siége et la forme spécifiques ne permettent que bien rarement l'erreur. Les considérations dans lesquelles je suis entré ont dû être présentées en thèse générale, et j'ai, par ce motif, envisagé comme type de la maladie, les granulations à l'état chronique. Il n'en résulte pas que ce soit dans la seule période chronique que le sel de plomb a été employé par M. Buys et à ma clinique. Quelques-uns des faits que je vais exposer ont trait à la forme sub-aiguë.

Le nombre des malades atteints d'ophthalmie militaire que j'ai traités par cette méthode, monte à plus de cent. Je choisis parmi ces faits, ceux dont la relation peut intéresser.

Obs. I. — Bosschot, Jean-François, âgé de vingt-huit ans, ouvrier tailleur, a été atteint d'ophthalmie en 1844, pendant qu'il servait aux 2e régiment d'artillerie. Il a été traité à la salle des granulés, à Ypres, et plus tard il a été envoyé à l'hôpital militaire de Tournai, où il a fait un séjour de six mois ; depuis sa sortie de cet établissement il a de nouveau séjourné à la salle des granulés. Congédié en 1845, Bosschot a souffert des deux yeux par intervalles

(1) Les transformations imprimées à l'acétate de plomb dans son contact avec la conjonctive et avec les larmes constituent un sujet très-intéressant d'étude ; j'ai cru devoir ne pas m'en occuper ici. Je me bornerai à dire que l'on trouve dans un ouvrage de M. Mialhe (*Traité de l'art de formuler*) des notions très-curieuse et très-importantes sur cette question.

rapprochés; il a ainsi éprouvé des incapacités de travail qui se sont parfois prolongées durant plusieurs semaines. Le 19 janvier 1849, il s'est présenté à ma consultation gratuite atteint d'une ophthalmie purulente sub-aiguë; les conjonctives granulées étaient fortement boursouflées, il y avait chémosis; le segment supérieur des cornées était vascularisé; une sécrétion muco-purulente baignait les yeux, qui étaient d'une irritabilité extrême. Cet état durait depuis plusieurs semaines.

La cautérisation aux paupières supérieures, les instillations avec une solution de nitrate d'argent, des lotions avec l'eau de Conradi, les purgatifs salins, produisirent au bout de quelques jours une amélioration notable; mais Bosschot avait épuisé toutes ses ressources, on l'avait renvoyé de son logement; il alla chercher un refuge à l'hôpital Saint-Jean, où il séjourna pendant huit jours. Il se présenta à ma visite le jour même de sa sortie. Le traitement que j'avais commencé fut repris immédiatement et continué pendant deux mois. Je n'en obtins aucun résultat favorable, à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait ce malheureux.

Le 16 avril, je commençai le traitement par l'acétate de plomb, que j'appliquai aux deux paupières supérieures. Bosschot était alors incapable de se conduire, les cornées étaient complétement vascularisées, la sécrétion muco-purulente très-abondante; il y avait blépharospasme; le malade accusait de vives douleurs dans les orbites, et un sentiment insoutenable de gravier sous les paupières supérieures.

Le 18, la sécrétion est considérablement diminuée; il y a retrait considérable de la vascularisation du globe; le blépharospasme, la sensation de gravier et les douleurs n'existent plus. M. Henrotay applique le plomb aux paupières inférieures.

Le 20, les yeux ont cessé d'être baignés dans la sécrétion; c'est à peine si le malade est encore obligé d'enlever à quelques reprises dans la journée, la petite quantité de muco-pus desséché qui se dépose dans les angles internes. Ce matin les paupières n'étaient plus agglutinées. La disparition de la vascularisation est manifeste; la conjonctive sclérotícale redevient blanche.

Le 23, le mieux a fait des progrès surprenants. Bosschot n'a plus besoin de guide. La conjonctive de la sclérotique a repris l'aspect sain dans toute son étendue; il n'y a qu'en haut, qu'elle est encore parcourue par quelques gros vaisseaux se rendant à la cornée. Cette dernière membrane a repris sa transparence dans tout le segment inférieur.

L'acétate de plomb appliqué aux paupières supérieures est éliminé presque en totalité. Une nouvelle application a lieu; elle est

plus abondante que la première, je m'attache surtout à atteindre les angles et une partie de la portion rétro-tarsienne, que je n'avais pu toucher la première fois.

Le 2 mai. Une nouvelle application a lieu en bas le 27 avril. Les globes oculaires ont complétement repris leur aspect normal. Bosschot est myope ; sa vision, dit-il, n'a jamais été meilleure, seulement il se croit incapable de soutenir une application prolongée des yeux.

A partir du 8 mai, le malade a repris l'exercice de sa profession ; il n'a travaillé d'abord que pendant quelques heures le matin et l'après-midi. Aujourd'hui il fait sa journée entière, il travaille aisément à la lumière artificielle ; il ne se plaint plus que d'une chose : d'être parfois sans ouvrage.

Une nouvelle application d'acétate de plomb a eu lieu aux quatre paupières, depuis le 2 mai ; les conjonctives, qui n'en offrent plus que de très-légères traces, sont revenues à leur état normal.

Il n'a été fait usage d'aucun moyen, interne ou externe, autre que les applications du sel de plomb.

Obs. II. — Caroline Moldenaers, âgée de 31 ans, a été infectée, en 1845, par son mari, François Bouckaert, alors caporal-cornet au régiment d'élite et son amant. Elle est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Jean, le 19 janvier 1847, pour une ophthalmie purulente aiguë ; je ne parvins que très-difficilement à conjurer les accidents inflammatoires. — Le 5 mai, elle est sortie, malgré mon avis ; elle se trouvait alors dans un état assez satisfaisant. — Le 10 juin elle est rentrée à l'hôpital ; le mal était repassé à l'état aigu. Des accidents qui paraissaient ne pouvoir être évités, furent heureusement écartés. La sortie eut lieu le 13 juillet ; il subsistait alors un blépharospasme considérable, des granulations volumineuses dans les angles, un boursouflement conjonctival très-prononcé et une sécrétion notable ; les cornées, vascularisées dans leur segment supérieur, commençaient à reprendre leur transparence.

La malade suivit régulièrement, pendant sept mois un traitement qui consistait dans la cautérisation combinée d'abord avec l'emploi d'une pommade au précipité rouge, puis avec une poudre composée de sucre candi, de calomel et de camphre ; quelques purgatifs et révulsifs furent aussi administrés. Une guérison complète pouvait être espérée, lorsque la malade cessa tout à coup de se présenter à la consultation.

Elle reparut en octobre 1848. Elle était alors complétement aveugle. Tous les moyens employés échouèrent ; je finis par essayer l'occlusion palpébrale à l'aide du collodion ; je vous ai dit déjà, lors de la discussion soulevée à la suite d'une lecture de M. Hairion (1), qu'aucun bénéfice n'en avait été retiré.

(1) Voir *Bulletin de l'Académie*, janvier 1848, p. 324.

Le 16 avril, les yeux étaient toujours dans le même état. Voici le diagnostic, encore exact alors, tel qu'il a été inscrit en janvier dernier au livre de l'Institut ophthalmique, sous la dictée de M. Fallot :

« *Vascularisation et opacité complète des deux cornées. Gra-*
« *nulations énormes, dures, aux paupières supérieures; granula-*
« *tions, engorgement et relâchement des conjonctives aux paupières*
« *inférieures.* »

Il faut ajouter qu'il y avait blépharospasme, douleurs vives, sensation de gravier sous les paupières supérieures ; sécrétion assez abondante; agglutination des paupières le matin.

La malade avait subi environ cent cautérisations avec la pierre infernale ; cette opération lui occasionnait chaque fois de violentes douleurs qui persistaient pendant 24 et même 36 heures. Son refus de se soumettre plus longtemps à ce moyen thérapeutique avait fait recourir, en dernier lieu, à l'emploi de la teinture d'iode, selon la méthode de M. Fromont fils. Cet agent n'avait produit aucune amélioration.

L'acétate de plomb a été appliqué aux deux paupières supérieures, le 15 avril, et aux deux paupières inférieures le 20 du même mois. Trois nouvelles applications à chaque paupière ont été faites depuis cette époque, tant par M. Henrotay que par moi. Aujourd'hui la malade se conduit très-aisément ; il y a plus de trois semaines qu'elle vaque aux occupations de son ménage.

En bas, les conjonctives sont revenues à leur état normal ; le même résultat est obtenu à la paupière supérieure droite ; il subsiste dans l'angle externe, à gauche, quelques points rugueux. La cornée droite n'est plus parcourue que par quelques rares vaisseaux du plus mince calibre ; elle conserve un aspect légèrement enfumé. La vascularisation ne persiste plus à gauche que dans une portion très-limitée du segment supérieur de la cornée.

Obs. III. — Jacques Darrien, âgé de trente-trois ans, a été atteint d'ophthalmie en 1838, pendant qu'il était soldat au 11e régiment d'infanterie ; il a fait à cette époque un séjour de trois mois à l'hôpital militaire de Venloo. Congédié en 1839, il n'a pas tardé à éprouver une recrudescence aiguë, qui l'a forcé d'entrer à l'hôpital Saint-Jean, où il a été traité par M. André Uytterhoeven. Depuis sa sortie de cet établissement, il a éprouvé, jusqu'en 1842, de fréquentes alternatives d'exacerbation et de rétrocession ; à partir de cette époque, sa vision s'est troublée d'une manière permanente, et lorsqu'il s'est présenté pour la première fois à l'Institut ophthalmique, en 1847, il était affecté de vascularisation et d'opacité des cornées, l'exercice de la vision était aboli.

Le traitement institué eut tout le succès désirable ; les cornées commencèrent bientôt à reprendre leur transparence, et le malade

put se conduire. Il cessa alors de se présenter à ma visite. Je le revis six mois plus tard (6 septembre 1848), qu'il fut obligé, en suite d'une dépêche de M. le ministre de la guerre, de venir faire constater son état. Il était de nouveau aveugle. Il avait, disait-il quitté la ville, c'est pendant son absence qu'il avait éprouvé la recrudescence qui lui avait fait perdre tout le bénéfice du traitement que je lui avais fait subir. Quelques cautérisations et l'emploi des instillations avec le laudanum eurent bientôt amélioré les yeux de Darrien ; il cessa dès lors une nouvelle fois de se présenter. Il attendait l'ordre de se rendre à Louvain pour y subir une contre-visite, et il semblait craindre d'être guéri au moment où la comparution devrait avoir lieu.

Il revient à la fin de décembre. Nous constatons l'existence d'un staphylôme à droite et d'un pannus charnu à gauche. Il est traité, sans la moindre apparence de succès, jusqu'au mois d'avril par la cautérisation combinée avec l'emploi de la poudre ophthalmique camphrée au précipité blanc ou au précipité rouge, par l'eau de Bates, etc.

Le 18 avril 1849. L'œil gauche apparaît entre les paupières comme une masse charnue d'un rouge livide, bourgeonnante ; la face palpébrale interne offre le même aspect. Sécrétion très-abondante. La conjonctive de l'œil droit est fortement boursouflée; il ne subsiste de granulations que dans les angles.

L'acétate de plomb est appliqué à la paupière supérieure gauche le 18. Il n'en existe plus de traces le 20. Nouvelle application. Le 23, application en bas.

Le sel plombique étant très-promptement éliminé, les applications, qui ont presque toutes été pratiquées par MM. Bosch et Henrotay, ont dû être renouvelées tous les quatre ou six jours. La dernière application a eu lieu il y a huit jours; elle commence à disparaître. La conjonctive a aujourd'hui repris son poli ; à partir du 4 mai, la cornée, dont on ne voyait même plus la délimitation, a pu être distinguée. Aujourd'hui, cette membrane, dont la convexité est augmentée, ne présente plus que quelques points opaques, reliés par quelques troncs vasculaires. Depuis vingt jours déjà, Darrien distingue les gros objets ; il affirme même qu'il peut se conduire.

Obs. IV. — Une servante d'estaminet se présente le 12 mai ; toute sa famille souffre d'ophthalmie depuis le retour de son frère, milicien en congé du 3e chasseurs à pied ; elle a considérablement souffert, il y a quelques mois. Lors de son arrivée à Bruxelles, dans les derniers jours d'avril, ses yeux étaient parfaitement sains en apparence. Les veilles l'ont bientôt fatiguée, ses yeux sont devenus rouges, ses paupières étaient collées le matin. Depuis le 11, les douleurs qu'elle éprouve l'ont mise dans l'obligation de cesser le

travail. Il existe des granulations peu prononcées disposées selon deux lignes, séparées par un sillon, à la paupière supérieure ; elles sont plus nombreuses et occupent surtout les angles externes aux paupières inférieures ; la conjonctive palpébrale est fortement boursoufflée ; la conjonctive scléroticale offre une injection très-vive s'arrêtant brusquement à la jonction scléro-cornéale ; le mucopus sécrété est épais, il remplit tout le sillon oculo-palpébral ; il y a photophobie, sensation permanente de gravier entre les paupières ; intolérance de la lumière.

Le sel de plomb est appliqué aux deux paupières supérieures. Un purgatif salin est administré.

Le 13. La malade dit que la sensation de cuisson qui s'est manifestée au moment de l'application, a persisté pendant près d'une heure du côté droit. La sensation de gravier qui avait immédiatement disparu, n'est pas revenue. La paupière supérieure droite est œdémateuse ; celle du côté gauche légèrement gonflée. L'injection du bulbe a beaucoup décru ; la sécrétion est moins abondante ; la lumière est supportée.

Lotions avec l'eau de Goulard camphrée. Pédiluve le soir.

Le 15. L'œdème et le gonflement ont disparu ; il ne subsiste plus d'injection que dans la portion inférieure du globe ; la sécrétion est encore amoindrie.

L'application plombique a lieu aux paupières inférieures ; toute la surface malade peut être atteinte.

Le 17. Le globe offre l'aspect normal ; les paupières inférieures forment encore un léger bourrelet. Dès le 15, la malade a pu servir pendant toute la soirée, dans une pièce dont la température est très-élevée et qu'éclairent de nombreux becs de gaz. Ses paupières n'étaient pas agglutinées le matin ; un bourrelet de mucopus épaissi se remarque dans les angles internes.

Cette fille s'est, dès lors, considérée comme guérie ; je l'ai revue depuis, chez elle ; il subsiste quelques granulations dans les angles, en haut ; le boursoufflement des paupières inférieures a disparu ; un paquet de granulations très-petits se remarque dans les angles externes. La malade affirme ne plus ressentir la moindre gêne, et elle déclare ne vouloir plus être traitée que pour autant qu'il y ait retour de la souffrance.

Le nommé Joseph De Meersman, et une dixaine d'autres malades présentaient au moment de leur inscription au livre de l'Institut, les mêmes symptômes que la fille dont il vient d'être parlé. La maladie a été jugulée chez tous par une seule application à chaque paupière ; une ou deux applications nouvelles ont eu lieu, et la guérison a pu être considérée comme obtenue après trois à cinq semaines.

Obs. V. — Un garçon de café, infecté par son camarade de lit, qui avait contracté l'ophthalmie au service, était traité depuis sept mois par la cautérisation lorsqu'il m'a été adressé par M. Vleminckx. Il portait des granulations dans les angles ; la conjonctive était fortement boursoufflée et relâchée ; la blennorrhée était considérable.

Trois applications à chaque paupière ont suffi pour amener une guérison radicale. Cet homme avait subi plus de soixante cautérisations ; les remèdes les plus variés lui avaient été prescrits. — En moins d'un mois, le sel plombique avait terminé l'œuvre.

Obs. VI. — M. Clegg, teneur de livres de M. Dardenne, a été guéri par moi il y a trois ans, d'un pannus vasculaire survenu à la suite d'une ophthalmie contagieuse des plus graves. Par intervalles, ses yeux rougissent fortement ; il arrive alors que le segment supérieur des cornées se vascularise et la muqueuse des paupières supérieures prend un aspect grenu, plus prononcé dans les angles. La cautérisation avec le nitrate d'argent exaspère cet état plutôt qu'il ne l'amende ; une solution de sublimé fortement laudanisée procure seule du soulagement ; mais quelques jours se passent chaque fois avant que M. Clegg puisse reprendre le travail.

Le 16 mai, la légère recrudescence dont je viens de parler, se manifeste au deux yeux. Je me hâte d'appliquer l'acétate de plomb : deux heures plus tard, M. Clegg a pu se mettre à écrire ; le lendemain tout était fini.

Obs. VII. — De Redemaeker, ancien soldat au 4e de ligne, le nommé Peeters, ancien soldat de la 1re *afdeeling* et deux autres malades, guéris, au moyen de la cautérisation, du pannus vasculaire dont ils avaient été affectés ne pouvaient appliquer leurs yeux d'une manière soutenue, ni marcher contre le vent, ni séjourner dans une pièce chaude, etc., sans éprouver une gêne très-grande sous les paupières supérieures ; il survenait du larmoiement, de l'injection ; ces deux derniers symptômes une fois développés persistaient quelquefois durant une ou deux semaines. En retournant les paupières on constatait que la portion de conjonctive qui avait été antrefois le siége de granulations était remplacée par un tissu blanc, nacré, présentant à une demi-ligne environ en deçà du bord tarsal, quelques éminences molles, comme tuberculeuses. J'avais excisé, cautérisé ces éminences ; toujours elles s'étaient reproduites. Deux ou trois applications du sel plombique en ont fait justice complète. Depuis lors les malades n'éprouvent plus aucune gêne quelconque (1).

Obs. VIII. — M. V.....t a été infecté par son domestique, ré-

(1) Un malade qui se trouvait précisément dans les conditions que je viens de signaler, le frère Ferdinand, directeur de la prison militaire à Bruges, a été guéri par M. Buys à la suite de six applications d'acétate de plomb.

cemment congédié d'un régiment de cavalerie ; il a communiqué la maladie à son frère, et celui-ci à son père et à sa sœur. J'ai été mandé dans la famille sur la recommandation de notre savant collègue, M. le professeur François. M. V...., fils aîné, était seul atteint d'ophthalmie proprement dite, à l'état sub-aigu ; les autres personnes de la famille présentaient des granulations nombreuses bornées aux paupières inférieures ; elles se plaignaient de la gêne très-forte qu'elles éprouvaient à la lumière et de l'agglutination palpébrale qui les incommodait beaucoup.

Une application plombique a lieu chez tous aux deux paupières inférieures, vers le midi ; le lendemain, MM. V.... se rendent à cheval à la fête de Tervueren, par un temps très-chaud. Cette course ne leur occasionne aucune gêne.

Les autres applications n'ont pas, plus que la première, dérangé MM. V.... de leurs occupations habituelles et des courses à l'extérieur que nécessitent les opérations commerciales auxquelles ils se livrent.

Obs. IX. — Jean De Cock, de la commune de Boitsfort, a deux filles qui ont perdu la vue des suites de l'ophthamie contagieuse ; ce malheur, qui aurait dû l'impressionner, n'a pas réussi à lui faire comprendre qu'il ne devait pas négliger l'affection dont il est lui-même atteint. Il est venu à trois reprises à la consultation ; il a cessé de se présenter, chaque fois dès que la rougeur du globe a disparu.

Il a été inscrit de nouveau au livre de l'Institut (sous le n° 10,463) en avril dernier ; il était alors atteint d'ophthalmie purulente sub-aiguë, la cornée de l'œil gauche, entièrement vascularisée, offrait, dans son segment interne, une ulcération occupant le lieu d'élection et offrant toute l'étendue du ptérygion parvenu au centre de la cornée.

L'acétate plombique a été appliqué trois fois à chacune des quatre paupières. La vascularisation de l'œil gauche a disparu ; la cicatrisation de l'ulcère s'est faite ; on n'y remarque pas, même à l'examen à la loupe, la moindre trace du sel plombique.

Les faits que je viens d'exposer ont été choisis de manière à montrer l'efficacité de l'acétate de plomb dans le cas d'ophthalmie militaire tels qu'ils se présentent ordinairement dans la pratique (1) ; la période aiguë n'a été observée chez aucun malade depuis l'époque où nos expérimentations ont commencé : je fais mes réserves pour les cas de cette nature. Toutefois, les bons résultats que j'ai obtenus du sel plombique dans un cas d'ophthalmie gonorrhéïque de l'œil gauche, dont la marche a été incontinent arrêtée,

(1) Voir au sujet de la proportion dans laquelle la maladie se présente à l'un ou l'autre degré, avec ou sans complications, mon *Mémoire sur l'ophthalmie contagieuse qui règne dans la classe pauvre et ouvrière*, §§ 63-72.

me semblent autoriser son emploi dans la période aiguë de l'ophthalmie contagieuse.

Je devrais, pour vous présenter un exposé fidèle de ce que j'ai fait et vu faire, vous donner l'histoire de ce cas d'ophthalmie gonorrhéïque ; je devrais y joindre la relation de quelques cas d'ophthalmie catarrhale et d'ophthalmie scrofuleuse traités par les applications d'acétate de plomb ; mais ma communication a déjà pris une si grande partie de la séance ; que je vous demanderai de pouvoir vous entretenir prochainement des résultats de cette extension que j'ai donnée à la méthode de M. Buys. Je me contenterai de vous dire aujourd'hui que l'application de l'acétate de plomb sur la conjonctive palpébrale est suivie des meilleurs effets dans l'ophthalmie catarrhale, aussi bien dans la période aiguë que dans la période chronique. J'ai soigné ces jours derniers, de concert avec M. Victor Uytterrhoeven, un sujet excessivement irritable, M. Jules C..., qui était atteint d'une ophthalmie catarrho-rhumatismale très-intense, avec photophobie, blépharospasme, douleur, etc. Deux attouchements plombiques aidés d'une application de sangsues ont jugulé cette affection, qui paraissait devoir être très-grave.

Des hypertrophies papillaires très-développées, des follicules muqueux conjonctivaux fortement engorgés, qui résistaient depuis longtemps, ont été promptement et radicalement guéris.

Une blennorrhée scrofuleuse avec boursoufflement et relâchement de la conjonctive palpébrale, vascularisation des cornées et tuméfaction considérable des bords palpébraux, persistait depuis cinq années chez un nommé Louis Jovis, âgé de dix-huit ans ; l'usage de l'acétate de plomb a amené au bout de six semaines, une cure complète ; les bords palpébraux restent néanmoins gonflés.

Cinq malades affectés d'ophthalmie catarrho-scrofuleuse de longue durée, avec ulcérations kératiques, ont été soumis aux applications plombiques ; la photophobie rebelle qui existait a cessé en quelque sorte instantanément et ne s'est plus reproduite depuis. Nous avons été conduits par ces faits à essayer la médication plombique dans l'ophthalmie scrofuleuse pure. M. Bosch a fait choix d'un enfant chez lequel l'affection récidivait pour la cinquième fois depuis un an ; la photophobie et le blépharospasme étaient excessifs et duraient depuis près de trois mois, les cornées étaient le siége d'ulcères superficiels. Le petit malade ouvrit les yeux quelques minutes après que le plomb eut été appliqué à la surface interne des paupières inférieures : dès le surlendemain, l'affection oculaire pouvait être considérée comme guérie. M. Bosch n'en a pas moins continué l'usage du muriate de baryte et de l'ex-

trait de ciguë, dans l'eau de laurier-cerise, qu'il avait prescrit quelques jours auparavant.

Nous avons fait avorter, ces jours derniers, une ophthalmie scrofuleuse, avec phlyctènes sur les cornées, chez un sujet irritable ; la photophobie et le blépharospasme, beaucoup plus prononcé que chez le malade dont il vient d'être question, se sont complétement dissipés en une couple d'heures ; le surlendemain, il n'existait plus de traces des phlyctènes.

Les conclusions que je crois pouvoir tirer de tous les faits que j'ai observés et de tous ceux qui m'ont été communiqués jusqu'à ce jour, sont celles-ci :

Les ophthalmologues se sont beaucoup préoccupés de la recherche d'un moyen capable de produire le contact prolongé des remèdes ophthalmiques avec l'œil malade ; naguère encore M. Hairion a signalé la haute importance de ce problème dont il croyait avoir trouvé la solution dans l'emploi de l'occlusion palpébrale déterminée par le collodion (1). La méthode de M. Buys lève très-heureusement la difficulté, du moins en ce qui concerne les granulations essentiellement propres à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, et quelques altérations de la conjonctive (surtout celles de forme granuleuse) qui surviennent dans le cours de certaines ophthalmies. C'est bien évidemment au contact permanent, ou si l'on veut, à la combinaison du modificateur avec la partie à modifier, qu'est due l'efficacité et la promptitude d'action de cette médication.

On n'est nullement fondé à dire que le nitrate d'argent pourra désormais être abandonné dans le traitement des affections qui viennent d'être citées ; mais on peut énoncer, dès à présent, que dans le plus grand nombre des cas traités aujourd'hui par la cautérisation avec le sel lunaire, il y a avantage considérable à remplacer cet agent par l'acétate de plomb employé selon la méthode de M. Buys.

Les applications plombiques peuvent être employées avec un avantage considérable comme *abortives*, dans toutes les inflammations où l'on recommande le nitrate d'argent soit en application (en crayon ou en solution concentrée), soit en collyre ou en pommade, à doses plus ou moins élevées.

Les effets hyposthénisants sur le système sanguin et sur le système nerveux oculaires, que l'on reconnaît à l'acétate de plomb employé en collyre, sont en quelque sorte rendus instantanés et sont augmentés de la manière la plus remarquable, lorsque cet agent est déposé méthodiquement sur la conjonctive palpébrale.

(La suite de la séance au prochain numéro.)

(1) *Emploi du collodion en ophthalmologie* dans le *Bulletin de l'Académie*, janvier 1849.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. *Revue clinique du choléra.*
(Gazette médicale de Paris, N° 16 ; 1849.)

La marche de l'épidémie dans les hôpitaux a présenté, depuis notre dernière revue, quelques particularités qui méritent d'être signalées. D'abord, un certain nombre d'entre eux semblent toujours favorisés d'une certaine immunité ; nous citerons l'hospice des Incurables (hommes) , l'hospice des Enfants trouvés, l'hôpital du Midi, la Maternité, qui continuent à être complétement exempts. Il en est quelques autres , tels que Cochin, Saint-Antoine, dans lesquels la maladie semble déroger au mode de propagation si généralement constaté ailleurs. C'est ainsi qu'à Cochin, quoiqu'il y ait eu depuis assez longtemps des malades venus du dehors, on n'a compté jusqu'ici aucun cas développé sur les malades en traitement dans l'intérieur de l'hôpital. Ces différentes circonstances sont propres à contenir les inductions qui pourraient être tirées de ce qui se passe ailleurs, et surtout de ce que l'on a observé à la Salpêtrière.

Quoi qu'il en soit, depuis la mesure adoptée pour ce dernier établissement, le nombre des malades n'y a pas diminué dans un rapport proportionnel à la diminution de la population ; on l'avait espéré d'abord, mais les chiffres des nouveaux malades et des décès ont détruit toute illusion. Somme toute, on ne peut donc pas dire encore que l'épidémie soit arrivée à sa période de décroissance dans les hôpitaux. Ce résultat n'est annoncé ni par la diminution du nombre des malades, ni par celle du nombre des décès. Voici, du reste, deux tableaux, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Bouvier , et dans lesquels on constatera les différentes oscillations qu'a présentées l'épidémie pendant la semaine qui vient de s'écouler , et le résultat dénitif comparé au chiffre de la semaine précédente.

Nouveaux cas.

	Hôpitaux.						
	Venus du dehors.	Pris à l'intérieur.	Total.	Salpêtriere.	Autres. hospices.	Total.	Total général.
Du 9 avril.	23	6	29	28	4	32	61
10	24	18	42	24	7	31	73
11	31	7	38	28	4	32	70
12	26	8	34	21	3	24	58
13	37	19	56	23	5	28	84
14	38	15	53	15	3	18	71
15	25	13	38	14	2	16	54
Total.	204	86	290	156	25	181	471
Du 2 au 8 avril.	129	49	178	244	19	263	441

Décès.

Hôpitaux.	Salpêtrière.	Autres hospices.	Total.
10	26	2	43
14	23	4	41
21	15	3	39
23	15	1	39
29	14	2	45
26	11	2	39
20	16	2	38
143	120	16	279
100	191	10	303

On voit par la lecture de ces tableaux, qu'il serait difficile et même téméraire de conclure du mouvement de la maladie pendant un jour ou deux ; car on constate que des alternatives d'accroissement et de diminution se sont manifestées dans les différents sens depuis le commencement de l'épidémie. Nous devons même ajouter, à l'égard de l'appréciation du nombre des décès, une remarque propre à atténuer un peu l'autorité des relevés statistiques. C'est que le nombre des décès par rapport à celui des malades pourrait avoir diminué sans que la mortalité se fût pour cela améliorée. Dans quelques circonstances, en effet, on a vu une plus grande affluence d'entrées coïncidant avec un même chiffre de mortalité, établir ainsi une proportion du nombre des malades en apparence plus favorable, tandis qu'en réalité l'accroissement du nombre des malades témoigne plutôt d'un progrès de l'épidémie. Ainsi donc, dans l'appréciation des chiffres, soit du nombre des malades, soit de celui des décès, il faut toujours

avoir égard aux derniers chiffres des entrées, qui peuvent singulièrement faire varier la proportion des uns aux autres, quoiqu'ils renferment un résultat tout différent.

Relativement à la physionomie de l'épidémie, quelques médecins ont fait remarquer que l'expression symptomatique est beaucoup moins accusée, que la maladie est plus longue. Cette observation n'est peut-être pas aussi générale qu'on a paru vouloir l'établir ; car dans plus plusieurs hôpitaux il a été reçu ces jours derniers des cas du choléra le mieux caractérisé, et ajoutons le plus rapidement mortel. Cette circonstance, d'ailleurs, d'une moindre accentuation de la maladie avait toujours été notée, eu égard à l'épidémie actuelle comparée à celle de 1832. Cependant il a été remarqué, à cette occasion, que la mortalité n'en était pas moins intense, et nous pouvons jusqu'ici faire la même restriction à l'égard d'une diminution dans l'intensité actuelle par rapport à l'intensité de l'épidémie à son début. C'est qu'en effet aujourd'hui comme il y a quinze jours, la mortalité est restée à peu près la même. Ce qui paraît avoir induit en erreur les médecins qui n'ont été impressionnés que par une observation peu prolongée, c'est que les malades résistant plus longtemps et mieux, on espère plus longtemps une issue favorable.

La seule chose qui soit peut-être aujourd'hui d'une évidence bien établie, c'est que très-peu de malades succombent dans la période algide ; presque tous gagnent facilement la période de réaction, et pour plusieurs des chefs de service les plus éclairés, les dangers du choléra semblent avoir passé de la première à la seconde période. Nous avons entendu entre autres un des savants médecins de la Charité dire que les efforts de l'art devaient tendre désormais, moins à provoquer la réaction qu'à en conjurer les dangers. Cette remarque conduit naturellement à cette autre : c'est qu'il faut s'attacher plus que jamais à enrayer la maladie soit dans sa période prodromique, soit dans ses premiers symptômes graves ; mais jusqu'ici nous n'avons encore que le but à signaler, et non à révéler les moyens de l'atteindre.

Nous ferons volontiers exception en faveur des essais tentés par un des médecins du Gros-Caillou, M. le docteur Worms, dont la *Gazette médicale* a déjà fait connaître les intéressantes expérimentations. Cependant nous n'oserions jusqu'ici espérer que le principal danger de la période de réaction eût été complétement découvert et son remède sûrement indiqué. Mais c'est déjà quelque chose que d'avoir compris aussi bien le but, et peut-être d'avoir marqué la route pour y atteindre. Espérons donc quelques secours dans cette direction ; il serait à désirer

que quelques chefs de service renouvelassent ces tentatives, et qu'on cherchât à leur donner de nouvelles bases scientifiques.

Nos remarques précédentes sur la diversité des formes du choléra, sur ses complications et ses combinaisons avec d'autres maladies, sur sa période prodromique et les différentes variétés qu'elle peut offrir ont trouvé leur confirmation dans les nouveaux cas que nous avons observés; nous nous bornerons à deux points spéciaux, à savoir : l'amoindrissement de l'expression symptomatique d'une part, et de l'autre la diversité des formes prodromiques.

Au sujet de l'amoindrissement des formes, nous avons noté que, depuis quelques jours, on remarque un plus grand nombre de cas mal dessinés, mal déterminés ; ce sont comme des ébauches inachevées de la maladie ; tantôt c'est la cyanose qui manque, tantôt le refroidissement complet, tantôt les vomissements ; ici, la diarrhée ; dans un certain nombre de cas, les urines continuent à être sécrétées sans notable diminution ; en un mot, c'est, qu'on nous passe l'expression, le choléra *démembré*.

Il serait utile sans doute de pouvoir déterminer les rapports qui existent entre l'absence ou la coïncidence de certains symptômes, comme, par exemple, l'absence de la sécrétion urinaire et la persistance de la sécrétion bilieuse, et *vice versâ*. Nous n'avons pas jusqu'ici de documents assez nombreux ni assez détaillés pour nous permettre de faire plus que de soulever cette question.

Le fait de l'existence de la période prodromique est aujourd'hui hors de toute contestation ; mais plus les faits lui donnent de certitude, plus il importe de la dégager des difficultés ou des obscurités qui tendraient à la laisser encore dans le doute. Nous avons déjà signalé le possibilité, dans un certain nombre de cas, de l'existence de prodromes purement nerveux, avec absence de diarrhée. Nous ne saurions trop insister sur cette distinction ; car il ne faut pas laisser prêter à l'expression d'une loi un caractère d'arbitraire ou d'absolutisme qu'elle n'a évidemment pas.

Que le nombre des faits dans lesquels la forme diarrhéique de la période prodromique existe soit incontestablement dans une très-grande majorité, cela ne paraît faire l'objet d'aucun doute. Ce qu'il importe aujourd'hui, c'est de rechercher tous les cas dans lesquels une autre forme moins accusée puisse avoir le double inconvénient de ne pas être suffisamment aperçue, et de donner lieu à des motifs apparents de doute contre l'importance du principe. Or nous avons déjà fait connaître une série de cas dans lesquels des maladies antérieures, des excès, avaient brusqué l'invasion du choléra déclaré, et nous avons montré, dans l'a-

moindrissement ou l'abréviation de la période prodromique, une conséquence toute naturelle des condition où ils avaient été constatés. Nous avons ensuite rapporté des cas dans lesquels des malaises généraux, des vestiges, de l'affaiblissement, en un mot un trouble général de la santé, avaient donné lieu à des symptômes plus manifestes. Nous avons eu à constater depuis, quelques cas dans lesquels la diarrhée avait été supplée, soit par des dispositions très-caractérisées aux flatuosités, soit par des coliques. Il est inutile d'insister sur la liaison qui existe entre ces cas moins accusés et ceux où la diarrhée est complétement caractérisée.

Le second point de vue auquel nous avons continué à appliquer notre observation, c'est l'étude des différentes périodes de la maladie dans leurs rapports avec les traitements. Dans nos premiers articles, nous avons rapporté la plupart des essais tentés dans les hôpitaux, sans distinction bien précise entre les différentes époques de l'évolution du choléra et les différents ordres de moyens employés. A mesure que les efforts se sont régularisés et que la maladie est elle-même devenue moins rapide, des essais de thérapeutique analytique ont été tentés. Nous nous attacherons de préférence à ceux-ci, tout en maintenant nos divisions précédemment établies entre les différentes méthodes : générales, spéciales et combinées.

Choléra asiatique, diarrhée blanche prodromique pendant quatre jours, vomissements blancs, traitement par la méthode excitante; amélioration. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.

Obs. I. — Patraux, 49 ans, vingt-sept ans de service, compagnie de vétérans du Jardin des Plantes, entré le 6 avril au Val-de-Grâce, salle 25, n° 40.

Il y a quatre jours il fut pris de diarrhée; sept ou huit selles blanches par jour; pas de vomissements. Cet homme est d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, ne fait pas d'excès, à Paris depuis neuf mois.

Le 6 au matin il est pris de céphalalgie; deux vomissements blancs; en même temps, crampes dans les bras, les mains, les jambes et les pieds; pas d'urine depuis minuit.

A trois heures de l'après-midi, il est apporté à l'hôpital.

État à l'entrée : Pouls à 72, à peine sensible; langue sèche; soif ardente, céphalalgie persistante; crampes très-fortes dans les membres inférieurs et supérieurs; pas d'urine; cyanose de la peau du tronc, des membres et de la face; visage grippé, anxieux; les yeux profondément excavés, cerclés de bleu foncé,

d'un aspect brillant, le nez froid, langue tiède, voix éteinte, douleur dans le flanc droit depuis une heure ou deux seulement. (Bain d'air chaud, frictions avec le liniment volatil camphré, sinapismes aux jambes et aux bras, cruchons d'eau chaude, potion stimulante avec acétate d'ammoniaque, eau de mélisse, éther sulfurique et dix gouttes de laudanum.)

Le 7 au matin, trois ou quatre vomissements très-abandants cette nuit, composés de matières blanches, deux selles riziformes, les crampes moins fortes, le pouls, un peu relevé, à 96; pas d'urines, cyanose à peu près aussi forte qu'hier. (Frictions avec liniment volatil camphré, bain d'air chaud, potion stimulante, vin de cannelle, 120 gr., diète.)

Le 8, à la visite du matin, soulagement notable, pouls à 72, plus développé, les yeux toujours caves, cyanose un peu moindre, la température générale est cependant un peu plus élèvée. (Potion gommeuse avec teinture de cannelle, 20 gouttes, vin sucré 120 grammes, cruchons d'eau chaude aux pieds; limonade.)

De 9, les selles ont diminué de fréquence, un peu jaunâtres, pas de vomissements, pouls à 60, meilleur, quoique petit encore, moiteur générale de la peau. (Potion, teinture de cannelle, 20 gouttes, limonade, vin sucré, 120 grammes.)

Les jours suivants, l'amélioration persiste.

Ce cas nous a paru devoir être rangé dans la médication excitante, malgré l'addition de quelques gouttes de laudanum dans la potion stimulante administrée le premier jour, et qui n'a pas été répétée. A supposer que la préparation opiacée ait pu avoir quelque influence, cette influence a été certainement contrebalancée et plus que compensée le lendemain et les jours suivants par les excitants administrés à forte dose, la teinture de cannelle, les frictions ammoniacales, le vin sucré, etc.

Choléra asiatique; prodromes de très-courte durée; cas grave; traitement excitant; réaction; persistance extrême des vomissements et des selles; vésicatoires et morphine; guérison. (Hôtel-Dieu. — Service de M. Martin-Solon.)

Obs. II. — Cote (Jacques), 45 ans, tisserand, rue Homerie (12e arrondissement), où il habite avec sa famille une seule chambre étroite, située près des lieux d'aisances, a été pris le 6 avril, à onze heures du matin, après avoir mangé avec répugnance d'un plat de viande qui ne lui plasait pas, de colique et de dévoiement. Les selles blanches, riziformes, ont été bientôt suivies de vomissements blanchâtres. Dans la nuit, le malade a eu des crampes. Il entre à l'hôpital le 7, à quatre heures du matin,

dans un état de prostration, les yeux enfoncés, les lèvres légèrement cyanosées, la peau froide, la langue froide, et se plaignant de crampes dans les jambes. (Infusion de thé ; eau de Seltz ; cataplasmes ; sinapismes.)

A onze heures, langue humide, soif vive ; il y a eu quelques vomissements ; pas de coliques, un peu de douleurs dans les reins. Le malade n'a pas uriné depuis minuit ; douleurs dans les mollets, mais pas aussi vives que dans la nuit. (Julep avec ammoniaque, 10 grammes ; laudanum, 15 gouttes ; infusion de tilteul et feuilles d'orager ; quart de lavement laudanisé, 12 gouttes.)

Cinq heures du soir. Garde-robes riziformes peu abondantes ; vomissements un peu plus abondants contenant toujours des grumeaux ; pouls relevé à 100 ; langue humide chaude. Le malade ne peut supporter pour boisson que l'eau de Seltz, l'infusion de tilleul détermine des vomissements. Très-peu de crampes ; elles disparaissent sous l'influence des sinapismes. Point d'urines ; un peu de bourdonnement dans les oreilles ; sommeil. (Lavement son et pavot ; eau de gomme ; eau de Seltz.)

Le 8, déjections alvines blanches, plus épaisses et un peu odorantes ; vomissements blanchâtres persistants ; point de sécrétion urinaire, pas de crampes, langue humide, pouls de 96 à 100 pulsations, peau moyennement chaude, pas de céphalalgie, nuit bonne. (Chiendent nitré, lavement de son et pavot laudanisé ; eau de Seltz.)

Le 9, visage bon, la peau a repris sa tonicité, quelques vomissements et quelques selles blanches encore ; le malade a un peu uriné. (Chiendent nitré.)

Le 10, quelques vomissements bilieux, visage un peu animé, peau chaude, pouls fréquent, quelques selles bilieuses. (Lavement de son ; sous-nitrate de bismuth, 0,90.)

Le 11, persistance des vomissements et des selles bilieuses. (Limonade vineuse ; vésicatoire sur l'épigastre ; morphine, 0,01.)

Le 12, plus de vomissements ; peau chaude et pouls fort.

Le 13, même état.

Le 14, les vomissements bilieux reparaissent, quelques coliques, selles liées verdâtres. (Gomme, potion émétique de Rivière ; sous-nitrate de bismuth, 0,90 ; bouillon.)

Le 15, les vomissements persistant sont combattus par de nouvelle applications de vésicatoires pansés avec l'hydrochlorate de morphine.)

Le 16, le malade a cessé de vomir. Pouls à 72 ; chaleur de la peau normale ; une seule selle verdâtre provoquée par le lavement.

Le 17, mieux de plus en plus sensible.

Le 18, convalescence confirmée. (Soupes; commencement d'alimentation.)

Le 20, le malade est entièrement guéri.

Nous l'avons déjà dit dans de précédentes revues, la médication excitante paraît avoir rendu des services; mais où commence son utilité réelle, et où doit-elle s'arrêter? voilà ce qu'il serait indispensable de préciser. Dans le cas qui précède, on a obtenu une réaction très-prompte, mais aussi de très-longue durée. N'y aurait-il pas lieu d'attribuer la rapidité de la réaction à l'influence de la médication stimulante, et la longueur des suites de cette période n'aurait-elle pas aussi quelques rapports avec la même influence? Il conviendrait de chercher à préciser, d'une part, à quelle phase, dans quelles conditions et à quel degré de maladie, et plus spécialement de la période algide, il conviendrait de recourir à ces auxiliaires de la réaction. Peut-être aussi faudrait-il chercher, comme beaucoup de médecins l'ont judicieusement pensé, à modérer les effets de cette seconde période par une médication appropriée à leur importance.

C'est ce que l'on avait surtout bien compris lors de l'épidémie de 1832; cette période, qualifiée dans les écrits du temps de période *æstueuse*, était considérée généralement comme de nature très-inflammatoire. Sans retomber dans l'exagération de cette époque, encore trop voisine du règne de la médecine physiologique, il n'est peut-être pas sans utilité de chercher à en faire revivre les précieuses applications. C'est sans doute ce qu'ont pensé les médecins dont nous allons faire connaître la pratique.

Choléra; coliques prodromiques; cas de moyenne intensité; ventouses scarifiées et opium; guérison. (Hôpital de la Charité.—Service de M. Rayer.)

Obs. III. — Un homme de 35 à 36 ans environ, d'une assez bonne constitution, entré le 30 mars dans la journée, à la Charité (salle Saint-Michel, n° 7), avec des coliques très-violentes, mais sans diarrhée, ni vomissements, ni crampes, qui se sont manifestées pour la première fois la veille à sept ou huit heures du soir.

Le 30 au soir, les coliques persistent avec la même violence.

Le malade n'a pas eu de selles; il a vomi aujourd'hui une fois dans la journée, des matières verdâtres; pas de crampes; (Quatre ventouses sur l'abdomen (4 onces de sang); deux pilules opiacées et musquées, avec op., 0,01, musc, 0,08.)

Le 31, les coliques continuent; pas de selles ni de vomisse-

ments. (Un quart de lavement de guimauve ; quatre ventouses.)

Le 1er avril, même état. (Deux pilules op., 0,01.)

Le 2, le malade a été pris de dévoiement pendant la nuit ; selles continuelles. (Lavem. amid. avec laudan., 12 gouttes ; sinap. ; catapl.)

Rien de notable jusqu'au 6 avril.

Le 6, depuis minuit, vomissements fréquents ; deux selles depuis hier soir six heures, où l'on administra un lavement. (Ventouses ; sinapismes ; eau de Seltz.)

Le 7, pas de selles depuis hier matin. (Pot. gomm. avec laudan., 12 gouttes ; eau de Seltz par gorgées.)

Le 8, plus de selles, ni de vomissements.

Du 8 au 10, le malade va de mieux en mieux.

Le 11, convalescence. (Une portion.)

On augmente l'alimentation le 12, et le 13 le malade sort de l'hôpital en parfaite santé.

Dans ce premier cas, l'intensité de la maladie n'a peut-être pas été assez grande pour que l'on puisse rigoureusement faire honneur de la guérison à la méthode employée; cependant la maladie qui paraissait se dérouler avec une certaine rapidité, s'est arrêtée néanmoins pour ainsi dire au seuil du choléra grave. Remarquons, en passant, les formes de la période prodromique, qui a consisté dans des coliques assez intenses, lesquelles n'ont été remplacées par la diarrhée qu'au bout de trois jours, même après un vomissement survenu le deuxième jour.

Le cas suivant, que l'on peut rapprocher de celui qui précède sous le point de vue de son peu d'intensité et de la substitution des symptômes, offre en outre quelques autres particularités dignes d'être notées.

Accidents cholériques développés pendant le cours d'un ictère ; ventouses scarifiées et opium ; cessation de ces accidents ; persistance de l'affection primitive. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Rayer.)

Obs. IV. — Benot, 61 ans, entrée à la Charité le 28 mars 1849 (salle Saint-Bazile, n° 2), était malade depuis quelques semaines, quand elle fut prise d'un ictère avec douleur dans l'hypocondre droit. Le foie conservait sensiblement son volume normal ; urines de couleur très-foncée, se colorant en vert sous l'influence de l'acide nitrique. (Ventouses sur la région du foie ; eau de Seltz ; potion gommée.)

Le 1er avril, la malade a eu quatre selles pendant la nuit avec

coliques; agitation, accélération et faiblesse du pouls. (Quart de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes; ventouses; sinapismes; diète; riz édulcoré.)

Le soir, depuis le matin, 3 selles blanchâtres, liquides, sans grumeaux; deux vomissements depuis le matin jusqu'à une heure, où l'on a appliqué les ventouses. A la suite de cette application, les vomissements ont cessé; les douleurs abdominales sont moindres.

Le 2 avril, la diarrhée continue avec les mêmes caractères. (Deux quarts de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes, riz édulcoré.) Plusieurs selles blanches dans la journée.

Le 3, depuis hier soir, quatre selles blanches, douze depuis hier matin; pas de vomissements, soif vive. (Quart de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes, répété deux fois dans la journée.)

Le 4, moins de diarrhée, deux selles seulement dans les vingt-quatre heures, pas de vomissements. (Trois quarts de lavement amidonné, avec laudanum, 12 gouttes.)

Le 5, frisson hier soir, vomissements, trois ou quatre selles blanchâtres, de consistance de bouillie. (Ventouses à l'épigastre (2 onces de sang), sinapismes, trois quarts de lavement.)

Le 6, vomissements, pas de selles depuis hier. La malade n'a uriné qu'une fois depuis la veille au matin. Il n'y a point d'urine dans la vessie; oppression depuis deux ou trois jours. (Deux vésicatoires sur la région du foie et de la rate; un quart de lavement; eau de Seltz avec gomme édulcorée.)

Le 7, deux selles depuis hier; quelques vomissements; urines aussi peu abondantes. La malade ne peut supporter l'eau de Seltz. (Deux quarts de lavement avec laudanum; eau gommeuse par gorgées; eau panée.)

Le 8, pas de selles depuis la veille; quelques vomissements; expectoration abondante sans toux. L'oppression a disparu.

Le 9, pas de dévoiement, envies de vomir persistant, l'expectoration continue aussi abondante, sans autres phénomènes du côté de la poitrine. La malade urine davantage; les urines sont extrêmement foncées, couleur de café. (Eau panée par gorgée, potion gommeuse avec 12 gouttes de laudanum par cuillerée à bouche.)

Le 10, les envies de vomir persistent; néanmoins pas de vomissement; langue blanche, amère; pas de diarrhée. (Eau rougie, limonade citrique, un pot; quelques cuillerées de bouillon coupé, cataplasmes.)

Le 11, pas de vomissement, quelques envies de vomir, pas

de diarrhée, la teinte ictérique persiste au même degré. (Bouillon coupé, eau vineuse, lait.)

Le 12, même état.

Le 13, nausées, un peu de dévoiement. (Un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum, eau vineuse, bouillon.)

Le 14, envies de vomir, dégoût général, teinte ictérique persistant, ainsi que les douleurs dans l'hypocondre gauche, qui est sensible au moindre toucher. (Eau pure, bain de siége, cataplasme sur le ventre ; bouillon.)

Le 15 et le 16, même état et même prescription.

Les jours suivants, les accidents cholériques sont complétement dissipés ; la malade est revenue à l'état où elle était avant leur invasion.

La première particularité qui mérite d'être signalée, c'est la substitution des symptômes cholériques à un ictère caractérisé. On pourrait se demander si cette affection ne pourrait pas être elle-même considérée comme appartenant à l'influence épidémique, du moins dans sa cause éloignée, car nous avons eu déjà occasion de faire remarquer la multiplicité des formes que peut affecter le choléra à son début ; mais ici la persistance de l'ictère après la cessation du choléra proprement dit, ne permet aucun doute sur l'indépendance à peu près complète de ces deux maladies. En ce qui concerne le traitement, on a pu voir une amélioration coïncidant avec la première application des ventouses ; mais la suite de la maladie n'a pas offert au même degré d'évidence cette influence salutaire du traitement.

Des faits plus accentués étaient necessaires pour permettre une opinion mieux motivée. C'est ce que paraissent fournir les observations suivantes.

Choléra asiatique ; colique prodromiques, cinq jours ; ventouses scarifiées et opium ; guérison rapide. (Hôpital de la Charité. — Service de M. Rayer.)

Obs. V. — Moland, 66 ans, rue Saint-Guillaume, malade depuis cinq jours (a perdu sa femme du choléra).

Entré le 4 avril à la Charité (salle Saint-Michel, 33), pris, il y a cinq jours, de coliques qui ont toujours été en augmentant jusqu'aujourd'hui, où ces accidents ont acquis une très-grande intensité. Depuis hier dix heures du soir jusqu'à ce matin cinq heures, vingt-sept selles de matières jaunes liquides ; crampes depuis hier ; pas de vomissements. Le malade a eu du refroidissement ; mais il n'est pas très-notable au moment de l'entrée. Mains un peu violacées, pouls assez développé, légèrement fré-

quent. Le malade a uriné beaucoup moins qu'à l'ordinaire cette nuit. (Quatre ventouses sur l'abdomen (4 onces de sang) ; trois quarts de lavement amidonné, avec 12 gouttes de laudanum dans chaque ; deux pots de riz édulcoré, boules d'eau chaude ; alèzes chaudes, etc.)

Le 5, pas de selles jusqu'à quatre heures hier au soir ; deux selles depuis ; température bonne, pas de vomissements, pas de douleurs. (Trois quarts de lavem. amid. laudan., 12 gouttes, gomme sucrée.)

Le 6, pas de selles depuis hier matin, pas de vomissements, pas de douleurs aux membres.

Le 7, pas de selles ni de vomissements. (Eau gommée, bouillon coupé.)

Le 8, convalence établie. (Une portion.)

Sort complétement rétabli le 9, après avoir mangé deux portions.

Dans cette observation, la méthode employée paraît avoir arrêté immédiatement le développement de la maladie, et l'amélioration produite ne s'est pas démentie ; c'est surtout par la continuité des effets d'une médication que l'on peut le mieux apprécier son influence.

Choléra asiatique très-intense développé chez une femme affectée de vaginite ; diarrhée prodromique de vingt-quatre heures ; ventouses scarifiées et opium ; guérison. (Hôpital de la Charité.— Service de M. Rayer.)

Obs. VI.—Une jeune fille de 22 ans, d'un tempérament sanguin, très-fortement constituée, entre à la Charité (salle Saint-Basile, n° 8), le 2 avril, pour une vaginite aiguë très-intense, avec plaques muqueuses sur les grandes lèvres. (Salsepareille, pilules de Sédillot, bain.)

Du 2 au 8, rien de nouveau.

Le 8, la malade accuse un peu de diarrhée depuis la veille, sans autres accidents. (Un quart de lavement amidonné avec 12 goutte de laudanum.)

Le 9, vers dix heures et demie du soir, diarrhée très-intense, suivie de vomissements, de crampes et de refroidissement des extrémités ; les selles sont caractéristiques, les vomissements verdâtres.

Le matin, à la visite ; cyanose très-prononcée ; mains et pieds bleus, ainsi que les lèvres et tout le visage ; pouls insensible sur tous les points où on le cherche, aux radiales, aux carotides, aux faciales et aux temporales ; battements du

cœur très-faibles, précipités; sueur froide ruisselant sur le front ; dyspnée extrême ; voix complétement éteinte ; soif vive. (On pratique une saignée, mais on obtient à peine une once de sang, qui se coagule immédiatement après sa sortie de la veine. Des ventouses avaient été appliquées sur l'abdomen dès le début des accidents dans la nuit, mais sans qu'on ait pu obtenir du sang. On prescrit de nouveau 12 ventouses sur l'épigastre, sur la région ombilicale et sur les flancs ; sinapismes fréquemment renouvelés; quarts de lavement amidonnés avec 12 gouttes de laudanum dans chaque , potion gommée avec 12 grammes de laudanum , riz édulcoré.)

Le soir, pas la moindre amélioration ; délire. (Sept quarts de lavement ont été administrés, la malade ne les gardant que très-peu de temps; 18 gouttes de laudanum ont été prises en potion.) Pas de selles ni de vomissements depuis le matin ; quelques crampes après l'application des ventouses. (De nouveaux sinapisme seront appliqués pendant la nuit.)

Le 10, la réaction a commencé à quatre heure et demie du matin; la voix est revenue presque à son état naturel; la face est rosée, la chaleur de la peau modérée, halitueuse; le pouls est à 90, assez développé ; la malade a le sentiment d'un bien-être indicible ; deux selles foncées depuis la veille ; pas de vomissements ; soif vive. (Un quart de lavement amidonné avec 12 gouttes de laudanum , potion gommée avec quelques gouttes de laudanum.)

Le 11, quelques vomissements depuis hier ; hoquet ; sensibilité sur la mamelle gauche ; l'état général continue à être bon. (8 sangsues sur le point douloureux, eau de Seltz par petites gorgées, quelques morceaux de glace, potion gommée laudanisée, sinapismes.)

Le soir, pas de vomissements, ni de diarrhée ; le hoquet, bien que diminué, paraît encore de temps en temps ; pouls fréquent, médiocrement développé ; la malade se plaint de ne pas uriner; la vessie ne contient pas d'urine.

Le 12, état général le même ; pas de vomissements, ni de diarrhée ; un peu de lassitude dans les membres ; pas d'urines ; le hoquet se montre encore à de rares intervalles. (Eau de Seltz , eau gommée.)

Le 13, plus de hoquet ; la sécrétion urinaire est rétablie ; pas de selles. (Un quart de lavement amidonné et laudanisé , eau pure et glace.)

Le 14, apparition des règles ; état général très-satisfaisant. (Eau pure , émulsion.)

Le 15, amélioration croissante. (Eau pure, bouillon.)

Le 16, la malade entre en franche convalescence ; on commence à donner des aliments.

Le 18, guérison assurée.

Le cas qui précède offre un exemple de choléra des plus intenses. Jusqu'où la médication a-t-elle concouru à l'heureuse issue de la maladie ? C'est ce qu'il est peut-être difficile d'apercevoir tout d'abord. Faisons remarquer cependant que les premières applications des ventouses sont restées stériles parce qu'elles n'ont amené aucun résultat matériel. Au contraire, dès que les ventouses ont pu produire des résultats manifestes, la période de réaction a paru commencer immédiatement.

Ici, comme dans le cas précédent, l'amélioration obtenue s'est continuée régulièrement et sans interruption.

Ce cas, seul, n'aurait pas la signification que nous sommes portés à lui reconnaître ; mais rapporché de ceux qui précèdent, il contribuera sans doute à engager les praticiens à suivre l'exemple du savant médecin de la Charité.

Pour mieux faire comprendre de sa pratique, disons d'après quelles idées il se dirige.

Pour M. Rayer, l'action des ventouses n'est pas précisément antiphlogistique. Il a plutôt en vue de produire une action subversive opposée à l'état abdominal si caractérisé dans le choléra, qu'à combattre un état inflammatoire qu'il n'admet en aucune façon. Pour lui, il a devant les yeux un fait caractérisé dont la nature ne lui est pas connue, et il emploie une méthode dont l'action n'est pas moins caractérisée au point de vue purement expérimental. En effet, il ne prétend pas plus expliquer le mécanisme du remède qu'il ne s'explique l'état pathologique qu'il veut modifier. C'est donc un résultat pratique qu'il veut produire, et c'est à ce titre que nous le recommandons à nos lecteurs.

Les deux faits qui suivent, recueillis dans un autre service, et que nous devons à l'obligeance de M. Coffin, interne à l'hôpital Cochin, offrent quelque analogie avec ceux qui précèdent, quoique inspirés peut-être par des vues théoriques différentes.

Choléra asiatique ; quatre jours de diarrhée prodromique ; vomissements bilieux ; traitement mixte par les sédatifs et les antiphologiques ; guérison. (Hôpital Cochin. — Service de M. Nonat.)

Obs. VII. — Michelle Demangeot, domestique, âgée de 25 ans, quai des Augustins, 25, entre à l'hôpital le 6 avril, salle Saint-Philippe, 22.

Cette femme, mal nourrie, couchant dans un petit cabinet

obscur, mal aéré, après avoir mangé pendant trois jours de suite des haricots, est prise, le 2 avril, d'une diarrhée qu'elle attribue à sa nourriture.

Elle continue néanmoins à travailler, mais sans manger, le 3 et le 4, bien que la diarrhée soit très-abondante.

Le 4 avril, nausées suivies de trois ou quatre vomissements bilieux.

Dans la nuit du 4 au 5, elle dit avoir eu trente selles et autant de vomissements ; cependant elle prit encore ce jour-là un peu de chocolat à l'eau.

Le 5, à dix heures du soir, la peau présente une chaleur à peu près normale, excepté au visage ; les lèvres sont cyanosées, les yeux caves ; les pieds et les mains, sans être cyaniques, sont plus injectés et plus froids qu'à l'état normal. Prostration très-grande ; pouls à 96, petit. Vomissements et selles très-nombreux. Les vomissements sont un peu bilieux, les selles séreuses, riziformes. Suppression des urines. Crampes dans les orteils. (Potion avec laudanum de Rousseau, 20 gouttes ; deux demi-lavements avec laudanum de Sydenham, 10 gouttes ; glace en morceaux ; sinapismes aux extrémités.)

La potion n'est pas supportée, les vomissements continuent.

Le 6, même état, M. Coffin décide la malade à venir à l'hôpital. (Même traitement.)

Pendant la nuit du 6 au 7, les selles augmentent encore, les vomissements sont moins abondants, mais la malade rend ses matières sous elle sans en avoir la conscience.

Le 7 au matin, même état, pouls à 96. (Six ventouses, dont deux scarifiées sur l'épigastre, bain d'air chaud intermittent de une heure et demie, sinapismes aux jambes, glace, limonade glacée, julep avec sirop diacode, 30 grammes.

Les vomissements persistent jusqu'au soir, mais peu fréquents. Vers trois heures, le premier tiers de la potion est supporté. Dans la soirée, le tisane ne détermine plus de vomissements.

Selles encore nombreuses, involontaires et caractéristiques, urines nulles.

Le 8, les vomissements sont arrêtés, les urines ont reparu. Peau de chaleur presque normale, pouls à 76, plein, régulier. L'état général satisfaisant, bien que la diarrhée soit encore considérable. (Même traitement, moins les ventouses et le bain d'air chaud.)

Le 9, les selles sont encore nombreuses, mais colorées, en vert.

Le 10, l'amélioration continue.
Le 14, guérison complète.

Choléra asiatique; quatre jours d'abstinence; anémie, selles et vomissements; défaillances; traitement mixte par les opiacés et les saignées locales; guérison. (Hôpital Cochin. — Service de M. Nonat.)

Obs. VIII. — Abel Guyard, 49 ans, terrassier, boulevard des Gobelins, 6, entré à l'hopital le 31 mars, salle Saint-Jean, n° 1.

Cet homme, épuisé par la misère, n'ayant mangé depuis quatre jours qu'un peu de pain et de fromage, est pris, le samedi 31 mars, en travaillant dans les champs, vers neuf heures et demie du matin, de diarrhée incessante et de vomissements. Il tombe sans connaissance, et reste six heures complétement sans secours.

A trois heures de l'après-midi, il est rencontré par des cultivateurs qui l'apportent à l'hôpital Cochin.

Interrogé avec le plus grand soin, il déclara n'avoir pas eu, avant l'accident du matin, la moindre diarrhée, pas de vertiges, de faiblesse, de céphalalgie ni d'étourdissements.

Au moment de son entrée, prostration extrême, stupeur, il se croit perdu.

La face est livide, les traits profondément altérés, les yeux caves, cerclés de violet, le nez, les oreilles, les lèvres, les pieds, les mains, fortement cyanosés, peau froide par tout le corps, vomissements si nombreux que l'on ne peut les compter, douleurs épigastriques et un peu de sensibilité dans les flancs, les selles très-nombreuses. Le malade laisse aller sous lui ses matières sans en avoir conscience.

Les vomissements sont bilieux. Les selles, très-séreuses, contiennent des filaments blanchâtres. Hypertrophie des urines, cris continuels causés par les crampes des membres inférieurs, pas de céphalalgie; pouls 56-60, régulier, très-dépressible, soif très-vive. (On donne une potion contenant 20 gouttes de laudanum de Rousseau, réchauffer le malade.)

A dix heures, le quart de la potion ayant été pris, on la remplace par un julep gommeux avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham. (Bain de vapeurs intermittent, prolongé pendant une heure et demie, infusion légère de thé, glace en fragments.)

A huit heures du soir, les crampes ont disparu. Le malade, placé dans un lit, hors du bain de vapeurs depuis plus d'une heure, conserve une chaleur modérée. Pouls à 96, vomissements nuls, persistance des selles.

A minuit, le mieux continue. Quelques vomissements, visage assez bon. Le malade est moins démoralisé.

Le 1er avril, les vomissements et les selles ont continué, mais moins nombreux qu'hier. Les selles ne sont plus involontaires. Persistance de la douleur au creux de l'estomac, réaction modérée, pouls à 105. (Glace en morceaux, julep diacodé, six ventouses, dont deux scarifiées, à l'épigastre.)

Le 2, ni selles ni vomissements, pouls à 96.

Le 3, pouls à 68. Amélioration sensible.

Le 4, bouillon glacé.

Depuis lors le malade s'est bien porté, il est aujourd'hui, 12 avril, parfaitement guéri.

Dans ces deux cas, la médication a été la même en apparence que dans ceux qui précèdent. La différence porte sur ceci : que l'emploi des saignées locales a eu pour but de remédier à la période de réaction et de combattre la congestion à l'aide d'antiphlogistiques. Il n'est pas inutile de faire remarquer la différence du point de vue, car elle implique une différence, non pas seulement dans l'emploi des moyens, mais dans leur distribution. Ainsi, M. Nonat n'a recours à l'application des ventouses qu'à partir de la réaction, et l'honorable médecin de la Charité y a recours au début même du traitement, dans le but de favoriser cette réaction, ou au moins d'en prévenir les fâcheux effets.

Sous un autre rapport, notons, dans la huitième observation, le fait on ne peut plus curieux de l'invasion presque brusque de la maladie chez un sujet soumis depuis quatre jours à une abstinence à peu près complète, et réduit à une alimentation insuffisante. Cette circonstance et la défaillance qui a suivi presque immédiatement l'invasion des premiers symptômes ne sont-elles pas de nature à expliquer la rapidité avec laquelle la période prodromique, très-courte, a fait place au choléra confirmé? Si l'énoncé du fait seul ne dispensait pas de tout commentaire, on ferait remarquer qu'un sujet privé de presque toute alimentation depuis plusieurs jours est bien propre à recevoir l'atteinte profonde de l'intoxication cholérique, et à n'opposer aucune barrière à son action immédiate.

Passons à un autre ordre de moyens.

Choléra asiatique ; traitement stimulant et tonique ; emploi du stachys; opiacés; guérison. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.)

Obs. IX. — Le nommé Nicole (François), âgé de 67 ans, journalier, d'une constitution faible, demeurant place Dupleix,

n° 5, entre à l'hôpital Necker le 29 mars (salle Saint-Ferdinand, 15.)

Cet homme, qui mène une vie régulière, dit-il, est pris le 28 au soir, sans cause appréciable, sans diarrhée antérieure, de refroidissement avec dévoiement, vomissements et crampes légères.

A son entrée, le facies est altéré, les yeux sont caves, la voix affaiblie, refroidissement modéré du nez et des extrémités, crampes modérées, pouls filiforme et fréquent.

Le 29 au soir, le malade a eu plusieurs vomissements caractéristiques depuis son entrée, une seule garde-robe blanchâtre. Du reste, même refroidissement, crampes légères, pas d'urine depuis le matin. (Tisane, eau de menthe glacée, potion, bicarbonate de soude, 8 gr., frictions, sinapismes.)

A huit heures du soir, le malade est pris d'un refroidissement plus considérable et d'une grande oppression. Les évacuations persistent, pas de pouls. (On donne une potion tonique, un lavement de quinquina.)

La réaction s'établit légère dans la nuit.

Le 30, la peau est chaude, le pouls à 92 pulsat., convenablement développées. Encore des vomissements, mais qui ont changé de caractère : ils sont bilieux. Les selles sont moins fréquentes et bilieuses, la peau est légèrement plissée, la voix toujours altérée, pas d'urine, pas de crampes. (Tisane : *stachys* infusé, 4 gr. sur 500 gr. eau, un quart lavement quinquina avec laudanum, 8 gouttes, et sulfate de quinine, 0,60.)

Le 31, 89 pulsations convenablement développées, peau naturelle, quelques vomissements et quelques selles, pas de crampes, pas d'urine. Le facies est moins altéré. Il y a un léger abattement. Le malade dit avoir de l'appétit. (*Stachys* infusé, on renouvelle le lavement du 30, on donne deux petits bouillons coupés.)

Le 1er avril, la peau est bonne, le pouls naturel, pas de vomissements, quelques garde-robes encore liquides. Le malade a uriné, le facies est bon, l'abattement a disparu. Il y a un peu de sommeil la nuit. (On continue le *stachys*; on donne du bouillon.)

Le 2, le malade va très-bien, les selles sont naturelles, pas de vomissements, appétit. (On donne du bouillon et du potage, on supprime le *stachys*.)

Le 4, le bien s'étant continué et le malade ayant bon appétit, on lui donne une portion.

Le 11, le malade demande à sortir, il est en pleine guérison. *Exeat.*

L'ensemble de la médication employée dans ce cas, qui, ainsi que les trois suivants, nous a été communiqué par M. Labric, interne de service, offre surtout le caractère de la méthode stimulante. A ce titre, on pourrait rapprocher ce fait des deux premiers de cette revue, mais l'adjonction d'un nouveau médicament introduit en France avec beaucoup de bruit permet d'en faire un examen à part. En effet, le *stachys* n'a pas seulement été donné comme stimulant; mais les médecins qui l'emploient croient lui reconnaître quelques propriétés particulières, entre autres une certaine vertu astringente.

Quoi qu'il en soit, dans ce premier cas, son emploi a été assez tardif pour n'avoir pas produit de résultats parfaitement déterminés. D'autres faits seraient nécessaires pour mieux apprécier son action. Nous ne les possédons pas jusqu'ici.

Choléra développé pendant le cours d'une bronchite ; voisinage d'un cholérique ; emploi du stachys ; mort. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.)

Obs. X. — Le nommé Martin (Auguste), âgé de 23 ans, boulanger, d'une bonne constitution, demeurant rue de la Reynie, 21, entre à l'hôpital (salle Saint-Ferdinand, n° 16), le 28 mars, pour y être traité d'un rhume qu'il dit avoir depuis huit jours.

Cet homme, d'une bonne santé habituelle, se plaint d'une douleur dans le côté gauche avec toux fréquente, sans crachement de sang ; la langue est chargée, il n'y a pas d'appétit, pas de dévoiement, la peau est moite, le pouls un peu fréquent, mais d'un développement modéré, crachats bronchiques, pas de céphalalgie.

A la percussion, rien en avant, en arrière, moins de sonorité à gauche, mais pas de matité franche.

A l'auscultation, râles sonores dans toute la poitrine, plus d'obscurité à gauche et en arrière, si l'on fait parler le malade, on entend de l'égophonie.

Le 29 mars, on fait mettre quinze ventouses scarifiées sur le côté gauche.

Le 30, la douleur de côté a presque entièrement cessé, la toux est toujours fréquente, le pouls à 84, la respiration plus obscure à gauche, pas de dévoiement, un peu d'appétit. On donne deux bouillons.

Le 31, le malade se trouve beaucoup mieux, la toux a été

moins fréquente, la nuit a été assez bonne, le malade a de l'appétit. On continue à l'alimenter.

Ce malade est couché à côté d'un cholérique.

Le 1er avril, entre six et sept heures du matin, ce malade est pris de refroidissement, de diarrhée et de vomissements blanchâtres.

A la visite, le pouls est petit, la peau du nez et des extrémités froide, le facies est fortement altéré, les yeux sont creux ; les selles et les vomissements sont blancs. Le malade a uriné dans la nuit, les crampe, sont faibles, voix altérée. (Tisane, eau de Seltz glacée, infusion de stachys, lavement laudanisé, frictions, cataplasmes sinapisés.)

Le soir à quatre heures, le malade ne s'est pas réchauffé de toute la journée, facies beaucoup plus altéré, sueur froide et poisseuse, pas d'urine. (Potion tonique.)

Le 2 avril, mort à une heure du matin dans la période algide.

Autopsie, trente-trois heures après la mort.

Les ganglions mésentériques sont très-développés, blanchâtres, ne contenant aucun produit accidentel dans leur intérieur.

Le péritoine est poisseux, l'intestin, ouvert dans toute sa longeur, présente à la surface une matière crémeuse blanc rosé, se détachant facilement , les follicules isolés et les plaques de Peyer sont énormément développées, blanchâtres, faisant une forte saillie à la surface de l'intestin.

L'estomac contient le même liquide que l'intestin, est congestionné, surtout au grand cul-de-sac.

Plèvres poisseuses, sans épanchement à gauche.

Bronches contenant un liquide spumeux, blanchâtre, peu abondant; la muqueuse bronchique est rouge, injectée.

Le sang est noir et poisseux.

Le foie, la rate et les reins sont fortement congestionnés.

La vessie ne contient pas d'urine.

La moelle ne présente rien d'anormal, les vaisseaux du rachis sont gorgés de sang.

Nous avons rapporté ce fait, moins au point de vue de l'emploi du *stachys* qu'au point de vue des circonstances spéciales qu'il a présentées.

Ici, comme dans d'autres cas précédemment rapportés, le choléra vient s'enter sur une maladie préexistante, celle-ci lui sert en quelque façon de période prodromique, ou du moins en abrége considérablement les symptômes.

Dans les cas de cette sorte, on ne peut pas distinguer nettement les symptômes appartenant à la période prodromique pro-

prement dite. La succession des périodes est tellement rapide qu'elles se confondent presque dès le début. Remarquons cependant que, dans le cas qui précède, la diarrhée, les vomissements et le refroidissement n'ont pas été assez brusques pour n'avoir pas affecté un certain mode de succession. Il serait utile de rechercher jusqu'où la première période, période d'incubation proprement dite, peut se prolonger, et à quel moment précis la période de choléra proprement dit peut être réputée commencer. Est-ce à la diarrhée blanche, est-ce aux vomissements, aux crampes, à la cyanose? Ou bien faut-il la simultanéité de ces divers états pour constituer le choléra complet? Nous ne le pensons pas.

Pour nous, la période prodromique est surtout caractérisée par l'intégrité apparente des fenctions, moins la diarrhée ou quelques symptômes généraux qui ne forcent pas les malades de s'arrêter.

Une fois les symptômes assez graves pour suspendre l'exercice des fonctions digestives, de la respiration, de la circulation, de la calorification, voilà pour nous le choléra véritable. Néanmoins la rapidité du passage des symptômes de la première période à ceux de la seconde, n'empêche pas la préexistence même momentanée de la période prodromique. Notons en terminant le fait de l'invasion du choléra chez un malade couché au voisinage d'un cholérique.

Choléra asiatique; traitement mixte; guérison. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.

Obs. XI. — Le nommé Vergnier (Louis), 33 ans, imprimeur sur étoffes, d'une bonne constitution, demeurant route nationale à Sèvres, est apporté le 25 mars à l'hôpital (salle Saint-Ferdinand, n° 32).

A la suite d'une débauche, le 22 au soir, il est pris de dévoiement avec crampes et vomissements, on ne lui fait rien chez lui.

A son entrée à l'hôpital, refroidissement du nez et des extrémités, yeux caves, voix altérée, pas de pouls radial, peau plissée comme un gant, déjections blanchâtres, crampes modérées, pas d'urines. (Tisane, camomille chaude et eau de Seltz glacée, potion avec bicarbonate de soude, 8 gr., lavements laudanisés, révulsifs sur la peau, frictions.)

La réaction commence dans la nuit du 25 au 26.

Le 26, le malade continue à vomir, la réaction persiste, une

seule garde-robe blanchâtre, pas de crampes. (On continue la prescription du 25, sauf les frictions et les sinapismes.)

Le soir, le pouls est à 80, les vomissements persistent, mais sont bilieux, le malade a uriné. (On met un vesicatoire à l'épigastre.)

Le 27, la réaction est toujours modérée, le malade ne va pas mal, mais les vomissements bilieux persistent toujours. (On lui donne seulement de l'eau de Selz glacée.

Le 28, la même réaction se maintient. Un seul vomissement depuis hier. Le malade demande à manger. Il y a eu une seule selle. (On continue l'eau de Seltz glacée, on donne un bouillon.)

Le 29, le malade a été assoupi toute la nuit, les yeux sont vifs, la face injectée. Il y a de la lenteur dans les réponses, le pouls est à 88, moyennement développé, du reste, pas de vomissements, pas de garde-robes, les urines vont bien, un peu de céphalalgie. (Sinapismes aux jambes, 20 sangsues derrière les oreilles.)

Le 30, le pouls est à 80, la face est moins rouge, moins d'assoupissement, pas d'agitation dans la nuit, deux selles liquides, pas de vomissement. (Eau de Seltz glacée, sinapismes aux jambes.)

Le 31, le pouls est à 64, la congestion cérébrale a presque entièrement disparu, il reste encore de la lenteur dans les réponses, deux selles, un vomissement bilieux.

Le 1er avril, le malade va très-bien, il a eu un léger vomissement qu'il dit tenir à la tisane sucrée, il demande à manger. (Eau froide pour boisson, deux bouillons.)

Le 4, le bien continuant, on lui donne une portion sur sa demande.

Le 5, il commence à se lever, il n'a pas été à la selle depuis quatre jours. (On donne un lavement.)

Le 10, il sort complétement guéri.

Choléra asiatique; diarrhée prodromique, un jour; traitement mixte, cas grave, réaction, rechute, coma, mort. (Hôpital Necker. — Service de M. Bricheteau.)

Obs. XII. — Le nommé Bernard (Charles), âgé de 43 ans, cordonnier, d'une bonne constitution, cité Valadon, n° 30 (10e arrondissement), entre à l'hôpital le 11 avril, il y vient seul, à pied. (Salle Saint-Ferdinand, n° 44.)

Le 9 au matin, ayant un peu bu la veille, cet homme est pris de dévoiement qui dure jusqu'au 10 au soir, moment où il

change de caractère, et est accompagné de refroidissement et de crampes légères.

A son entrée, légère cyanose, yeux caves, refroidissement des extrémités et du nez, pouls radial filiforme, pas de vomissements, bouche mauvaise, langue froide et assez nette, urines rares, crampes modérées, selles caractéristiques, peau grippée. (Ipéca, 1 gr., camomille avec chlorure de sodium, 8 gr., pour tisane ; frictions, sinapismes, sachets de sable chauds.)

Le 12, réaction modérée, garde-robes très-fréquentes, les dernières bilieuses. Les vomissements, à la suite de l'ipéca, ont été blanchâtres, il n'y en pas eu depuis. Urines naturelles. (Camomille pour tisane, deux quarts de lavement quina avec laudanum, 8 gouttes.)

Le 13, la réaction est toujours modérée, les selles ont été moins fréquentes, pas de crampes. (Riz, sirop, deux quarts de lavement laudanisé.)

Le 14 au soir, le malade se trouve pris de refroidissement, sans vomissements et sans diarrhée, avec disparition du pouls. (On lui donne une potion avec éther, 4 gr., on frictionne, on réchauffe avec des sachets de sable et des alèzes.)

La réaction se rétablit promptement, mais très-forte.

Le 15, somnolence continuelle, face rouge, céphalalgie, pouls développé à 80 pulsat., respiration fréquente, pas de garde-robes, pas de vomissements. (Saignée de 300 gr., sinapismes, lavement purgatif.)

Le malade meurt à six heures du soir, dans le coma.

Nous avons rapproché ces deux cas comme offrant, malgré une terminaison funeste, des analogies qui ne sont pas inutiles à signaler.

Et d'abord, le début a été, dans les deux cas, précédé d'excès de boisson ; dans les deux cas, la diarrhée a succédé à cet acte d'intempérance ; dans les deux cas, la période de réaction ne s'est pas fait attendre ; dans les deux cas, l'amélioration a succédé et a même persisté pendant plusieurs jours à peu près au même degré. Ce n'est qu'à partir d'une espèce de reprise de la maladie que l'aggravation a commencé dans le deuxième cas. A quoi faut-il attribuer cette marche spontanément différente dans des circonstances si semblables ? C'est ce que n'expliquent ni la différence des constitutions, ni l'intensité différente du mal, ni même la différence des méthodes. C'est quelque chose d'analogue à ce qui s'observe dans le cours de beaucoup de maladies, dont quelques-unes semblent consister dans une seule attaques, et d'autres, dans une série d'attaques réitérées. Le

choléra présente assez souvent de ces aggravations ou retours imprévus. C'est une source de dangers contre lesquels la science n'est pas encore suffisamment prémunie, et auxquels l'art ne connaît jusqu'ici aucun moyen d'obvier.

Terminons notre revue par la relation d'un fait intéressant dans lequel le galvanisme a paru produire un effet prompt et heureux.

Choléra asiatique, deux jours de prodromes; traitement excitant et narcotique ordinaire, suivi pendant deux jours sans succès; application du galvanisme; réaction; guérison. (Charité. — Service de M. Andral.)

Obs. XIII. — Bruyas, tisseur, 49 ans, demeurant rue Grégoire-de-Tours, malade depuis le 26 mars, entre à l'hôpital de la Charité le 28, salle Saint-Louis, n° 4, dans un état de cyanose et d'algidité complètes, sans pouls, en proie à des crampes, à des selles et à des vomissements répétés. Cet homme était le quatrième malade de la même maison atteint du choléra. Deux de ses voisins et sa femme venaient de succomber en quelques jours à la même maladie. C'est sous cette impression, après trois ou quatre jours de veilles, de soins prodigués à sa femme, et alors qu'il était atteint lui-même depuis deux jours de malaise et de diarrhée, qu'il est entré à l'hôpital. On prescrit : infusions chaudes de thé ; potion éthérée et laudanisée ; lavements laudanisés et amylacés ; frictions et sinapismes. Malgré l'emploi de ces moyens pendant deux jours, le 28 et le 29, le malade était encore, le 30, dans l'état suivant :

Face pâle, lèvres un peu violacées ; pouls très-faible, à peine sensible, peu fréquent ; bruits du cœur sourds, s'entendant à peine ; *hoquet continuel* depuis vnigt-quatre heures ; vomissements moins fréquents et moins abondants que les jours précédents ; nausées continuelles ; plus de diarrhée, plus de crampes ; *pas d'urines* depuis son entrée à l'hôpital ; soif vive ; charleur normale ; prostration ; réponses lentes.

En raison de la persistance de ces symptômes et de la gravité de l'état du malade, M. Duchenne est autorisé à appliquer le galvanisme d'après la méthode qui lui est propre. En conséquence, le 30 mars, l'excitation électro-cutanée est pratiquée pendant quatre à cinq minutes sur la région épigastrique, au moyen de faisceaux métalliques. Elle est ensuite portée sur le tajet du rachis. L'opération dure quinze à vingt minutes.

Sous l'influence de cette excitation de la peau, pratiquée aussi vivement que possible, le hoquet a disparu immédiatement, et

le pouls s'est relevé d'une manière très-sensible. La couleur violacée des lèvres fit place à une rougeur assez vive et la face s'injecta. Le malade accusa en même temps une sensation de chaleur générale, surtout à la face.

Le 31 mars, le malade dit avoir été très-agité. La face est injectée ; cependant la chaleur est normale et le pouls ne donne que 76 à 80 pulsations. Plus de hoquet ni de vomissements.

Depuis la galvanisation de la peau, le pouls a conservé son développement, les claquements valvulaires s'entendent mieux. Le malade *urine pour la première fois* depuis le début de la maladie.

Le 2 avril, commencement de convalescence. Sauf quelques vomissements qui ont encore eu lieu depuis, le malade a été de mieux en mieux, et il est sorti de l'hôpital, du 10 au 12 avril, parfaitement guéri.

Ce n'est pas seulement par le résultat définitif qu'il faudrait juger la valeur de la méthode employée dans ce cas. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, c'est surtout dans l'appréciation de leurs effets immédiats que l'on peut se faire une idée plus juste de l'efficacité des médications.

Ici le galvanisme a évidemment produit des effets certains. La cessation brusque du hoquet, le changement de couleur des lèvres, la rapidité de la réaction, le rétablissement du pouls anéanti, sont les résultats dont l'ensemble, comme chacun d'eux en particulier, concourt à témoigner de la véritable action du galvanisme.

Mais entre ces effets pour ainsi dire momentanés et la terminaison favorable, il y a une immense distance ; c'est pourquoi il serait téméraire de conclure de l'un à l'autre, et les observations que nous avons publiées précédemment viendraient témoigner contre l'arbitraire de ce rapprochement.

Contentons-nous de présenter le galvanisme comme un moyen utile dans le traitement du choléra, mais dont l'application devra être régularisée. C'est par une étude approfondie de son action physiologique et par un examen impartial de ses effets particuliers dans chaque période, et contre chaque symptôme de la maladie, que l'on parviendra à déterminer sa valeur véritable.

Voici, du reste, comment, d'après l'auteur de la méthode, on peut résumer son action thérapeutique et régulariser son emploi.

Disons d'abord que l'appareil dont se sert M. Duchenne est un appareil électro-dynamique à double courant, à l'aide duquel on peut produire à volonté plusieurs modes d'action, agir soit

sur la surface cutanée seulement, soit sur les muscles ou sur les nerfs. L'action électro cutanée est la seule qu'il soit utile de produire dans les cas qui nous occupent. Cette excitation électro-cutanée se pratique au moyen de faisceaux composés de fils métalliques enfermés dans des tubes également en métal. Ces derniers se vissent sur des manches en bois ou en verre et communiquent par des conducteurs avec les électrodes d'un appareil d'induction. L'opérateur, tenant un excitateur dans chaque main, fouette légèrement la peau en parcourant rapidement toute la surface du corps. C'est ce que M. Duchenne appelle *la fustigation électrique*. Une précaution indispensable pour assurer l'effet de cette application, c'est que la peau soit parfaitement sèche. Si avant l'opération la peau est moite, il faut l'essuyer et en absorber l'humidité à l'aide de la poudre de lycopode, faute de quoi il se produirait des phénomènes électro-musculaires, tout différents de ceux que l'on se propose d'obtenir.

L'intensité du courant doit, bien entendu, être proportionnée aux différents degrés d'excitabilité des diverses régions cutanées. L'appareil de M. Duchenne permettant de varier l'action électrique, depuis le simple chatouillement jusqu'à la brûlure, de l'augmenter ou de la diminuer graduellement, de la porte rapidement sur tous les points du corps, d'en continuer ou d'en renouveler l'application, selon le degré de résistance ou de vitalité du sujet, est très-propre à remplir cette indication.

Nous venons de dire qu'il faut éviter, chez les cholériques, de produire l'excitation électrique des muscles; l'expérience en a, en effet, démontré les dangers. Ayant voulu, dans un cas, essayer de produire un courant rapide dirigé sur les muscles du mollet, bien que le courant fût très-modéré, le muscle ne fut pas plutôt excité qu'il devint à l'instant le siége d'une crampe très-douloureuse et le point de départ de crampes générales. La galvanisation électro-cutanée les fit bientôt cesser. C'est donc, jusqu'à nouvel ordre, et sauf ce que de nouvelles expériences pourraient apprendre à cet égard, à l'excitation électro-cutanée seule qu'il convient d'avoir recours dans l'application du galvanisme au traitement du choléra.

---

2. *De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne*; par Ch. Schutzenbergen, professeur de clinique interne.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1849, p. 3.)

(Gazette médicale de Strasbourg, n° 6, juin 1849.)

L'histoire scientifique de l'hémorrhagie arachnoïdienne soulève plusieurs questions de physiologie pathologique. Et d'abord

il importe de se demander quelles sont les perturbations fonctionnelles observées dans les cas de ce genre. La solution de cette première question appartient tout entière à l'observation clinique. Je crois donc devoir rapporter l'histoire symptomatique des faits que j'ai observés, en les rapprochant de ceux recueillis par d'autres.

Depuis la publication de la première partie de ce travail, un nouveau cas d'hémorrhagie arachnoïdienne s'est présenté dans mon service. Comme la maladie a été observée dès le début et s'est terminée assez promptement par la mort, ce fait est le plus complet; c'est par lui que je commencerai cet exposé.

Obs. I. — Théodore Schneider, âgé de trente-quatre ans, maître de danse, se livrant fréquemment à des excès de boisson, jouissait néanmoins d'une assez bonne santé. Le 23 mai, s'étant enivré le soir, il s'endormit et passa la nuit dans un corridor; à son réveil il éprouva des vertiges, une douleur générale dans les membres et plus particulièrement dans la région lombaire et à la nuque. Ces accidents ne s'étant pas dissipés comme d'ordinaire, il se décida à entrer à l'hôpital. Il s'y rendit à pied le 24 mai.

A son entrée dans la salle, sa démarche chancelante, sa physionomie hébétée, son intelligence obnubilée firent d'abord croire à un état d'ivresse et cela d'autant plus que la peau était fraîche et le pouls normal. Aucun traitement ne fut prescrit par l'interne de garde.

Le lendemain 25 au matin, nous constatons les phénomènes suivants :

L'aspects général du malade n'a pas changé depuis la veille, malgré une nuit passée tranquillement au rapport des gens de service. Les traits de la face expriment un certain degré de stupeur, mais on n'y remarque du reste aucune trace de paralysie. Interrogé, le malade répond aux questions avec un peu d'embarras. sa mémoire, sans être abolie, est peu nette. Pas de céphalalgie frontale prononcée, mais douleur à la région de l'occiput, sans raideur notable. Point de rêvasserie et pendant la nuit pas de délire. Sensibilité conservée partout, seulement le malade se plaint d'une sensation d'engourdissement de l'extrémité supérieure droite. Les mouvements sont libres; beaucoup d'agitation sans but déterminé. Langue humide, jaune, peu de soif. Rien du côté de l'abdomen. Respiration normale, chaleur normale, pouls plutôt lent que fréquent.

Prescription : diète, seize sangsues aux tempes et le soir douze autres sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, cinquante

centigrammes de calomel à prendre en cinq paquets, un paquet d'heure en heure.

Pendant la journée du 25, la somnolence augmente progressivement. De temps à autre le coma est interrompu par des gémissements et des mouvements désordonnés, non convulsifs, mais sans but. La sensibilité est obtuse.

Le 26, au matin, coma profond, pupilles inégalement dilatées. Pas de paralysie faciale. Les membres soulevés retombent et cependant quand on les pince le malade les retire. Rétention d'urine, la vessie distendue fait saillie à la région hypogastrique. Selle involontaire. Pouls fréquent, à peu près de 100, plus développé qu'hier. Prescription : glace maintenue sur la tête, nouvelle application de sangsues, lavement purgatif. Frictions avec quinze grammes d'onguent mercuriel.

Le 27, état comateux permanent, roideur du bras gauche, du reste mêmes phénomènes. Sinapismes. Vésicatoires aux cuisses. Dans la journée mort dans le coma.

L'autopsie révèle les lésions suivantes :

Dure-mère offrant à l'extérieur, à gauche dans toute la partie antérieure et moyenne, une coloration plus foncée qu'à droite ; on sent à travers la membrane intacte une fluctuation manifeste. Une ponction pratiquée à la partie antérieure et supérieure donne issue à une quantité notable de sang noir liquide. La dure-mère enlevée, on constate dans la grande cavité arachnoïdienne gauche un épanchement sanguin considérable. La masse sanguine, dont la quantité totale peut être évaluée à plus de cent cinquante grammes, est composée de sang fluide et de caillots irréguliers et mous ; ces derniers recouvrent la surface pariétale de l'hémisphère dans l'étendue de la paume de la main. Ce coagulum n'offre encore aucune trace d'organisation et s'enlève facilement. Dans la fosse antérieure et moyenne on rencontre également des caillots de sang irréguliers.

Les veines sont distendues par du sang, mais la pie-mère n'offre aucune altération. A gauche du côté de l'épanchement l'hémisphère cérébrale est manifestement déprimée, mais les circonvolutions ne sont point tassées. A droite, au contraire, le tassement existe à un degré notable.

La substance cérébrale est pâle à droite piquetée à gauche, mais sans altération notable. Les vaisseaux qui ont fourni le sang n'ont pas pu être déterminés.

Rien dans les autres organes.

Obs. II. — L'histoire symptomatique du malade chez lequel nous avons observé cinq semaines après l'invasion un épanche-

ment sanguin parfaitement enkysté est moins complète ; car, cet homme n'a passé à notre service que les huit derniers jours de sa maladie. Voici les renseignements que nous avons recueillis sur ses antécédents et le résumé des phénomènes observés pendant le dernier septenaire de l'affection.

Jean Bapst, bûcheron, de bonne constitution, d'un embonpoint moyen, était arrivé à l'âge de soixante-neuf ans sans avoir jamais été sérieusement malade. Le 9 mars, quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris subitement et sans cause connue, de céphalalgie, de vertiges, d'éblouissements ; il tomba presque aussitôt sans perdre entièrement connaissance. Aidé de deux personnes, il put se relever et, soutenu des deux côtés, il put même marcher assez pour regagner son domicile. Pendant les deux premiers jours il a pu se lever et faire péniblement quelques pas quand on le soutenait sous les aisselles. Depuis il est alité ; la céphalalgie s'est maintenue ainsi que les éblouissements et les bourdonnements d'oreilles. Peu à peu, il tomba dans un état de somnolence presque continue, perdit l'appétit et maigrit considérablement. On lui appliqua en ville des sangsues derrière les oreilles et un vésicatoire à la nuque.

Le 11 avril, le malade est transporté à l'hôpital ; on note les phénomènes suivants :

Décubitus dorsal, amaigrissement prononcé, physionomie hébétée, indifférente ; secoué, le malade se réveille et répond lentement et d'une manière incomplète, seulement aux questions qu'on lui adresse ; la mémoire, sans être abolie, est infidèle ; dès qu'il est abandonné à lui-même, le malade s'endort. Il ne paraît pas éprouver de sensations douloureuses, et n'accuse de céphalalgie que quand on l'interroge spécialement à cet égard. Pas de délire.

La sensibilité est obtuse mais non abolie, la dilatation des pupilles est moyenne. Aux extrémités inférieures les mouvements s'exécutent assez facilement mais avec lenteur ; des deux côtés le membre pincé se retire et le malade manifeste la douleur. Les extrémités supérieures se meuvent également avec lenteur et faiblesse, les membres soulevés ne retombent pas, mais le malade ne peut pas porter les mains jusqu'à la tête, une certaine roideur des muscles de l'épaule s'y oppose. Il existe une roideur analogue à la nuque et les membres inférieurs résistent également aux mouvements de flexion et d extension qu'on cherche à leur imprimer.

Il n'existe aucune différence appréciable dans la motilité des deux côtés et la face n'offre aucune trace de paralysie.

La respiration n'est pas sensiblement modifiée, le pouls est peu fréquent, assez développé, les artères superficielles sont volumineuses, leurs tuniques paraissent plus résistantes, peu élastiques, sans induration appréciable au toucher.

La peau est fraîche aux extrémités, la chaleur normale au tronc. La langue est rouge et sèche, la soif marquée. Rien du côté de l'abdomen. Constipation depuis plusieurs jours. Urines involontaires s'écoulant d'une manière intermittente. Vessie non distendue.

Au sacrum, surface rouge granuleuse, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, suite de la chute d'une escarre.

On prescrit dix sangsues aux tempes et le soir un vésicatoire à appliqur sur la tête. Un lavement laxatif et de la solution de gomme pour boisson.

Jusqu'au 17, la plupart des phénomènes décrits persistent ; malgré l'emploi de nouveaux vésicatoires, l'affaissement et le coma augmentent, les jambes sont tremblottantes quand on provoque des mouvements, et parfois elles se contractent sans but, le malade glisse dans son lit.

La mort arrive dans le coma sans qu'on ait constaté de paralysie proprement dite.

Obs. III. — L'observation du malade chez lequel on constata, quarante jours après l'invasion, un épanchement arachnoïdien incomplétement enkysté et une gangrène du sommet du poumon droit, a offert des perturbations fonctionnelles analogues.

Cet homme, ouvrier de la manufacture de tabac, âgé de soixante-trois ans, était sujet depuis longtemps à de la céphalalgie et à des vertiges, surtout après l'ingestion des aliments et des boissons.

Le 20, en sortant d'un cabaret situé hors la ville, il ressentit une céphalalgie plus vive et des vertiges plus intenses que de coutume ; il ne retrouva pas le chemin et marcha près d'un quart de lieue en sens inverse de son domicile. Tombé dans un fossé, il y resta toute la nuit et y fut trouvé au matin, étendu sans connaissance. Transporté chez lui, il ne reconnaissait qu'incomplétement ses parents et semblait frappé de paralysie. Les urines et les selles étaient involontaires et la somnolence permanente. Plus tard, l'état de l'intelligence s'améliora un peu, mais la faiblesse musculaire ne permettait que des mouvements bornés. Quatre semaines après l'invasion, il fut transporté à l'hôpital.

A son entrée, le 21 mars, on constate l'état suivant : Amaigrissement notable, décubitus dorsal, regard hébété, réponses lentes, incomplètes; état de somnolence continue sans délire,

pupilles non dilatées, pas de déviation des traits de la face. La motilité est maintenue aux extrémités supérieures, mais les mouvements sont faibles au même degré des deux côtés; la sensibilité y existe également encore.

Les extrémités inférieures ont en grande partie perdu la faculté de se mouvoir; il n'y a pas de paralysie complète, seulement les mouvement sont très-difficiles et bornés; sensibilité de la peau obtuse aux jambes; les mouvements que l'on imprime aux membres inférieurs sont douloureux; ces parties se roidissent contre les efforts faits pour les déplacer. Au talon gauche on remarque une tache noire de la grandeur d'une pièce d'un franc; elle est produite par du sang infiltré dans le derme et sous l'épiderme. A la plante du pied droit, surface dénudée couverte de granulations; au sacrum, escarre de la grandeur de la paume de la main.

Langue sèche, peu de soif, chaleur à la peau normale, adynamie profonde, pouls subfréquent, petit. Urines involontaires. On prescrit un vésicatoire à la nuque, des lotions avec du vin aromatique, et de temps à autre une cuillerée de vin amer.

Jusqu'au 27, état comateux à peu près permanent, adynamie de plus en plus grande, sans paralysie partielle. Le 27, on constate des crachats pneumoniques et de la matité au sommet des deux poumons, plus marquée à droite. Diarrhée involontaire.

C'est dans cet état que le malade est réclamé par ses parents. Transporté chez lui, il meurt dans la journée. L'autopsie, que nous avons rapportée à l'article *Anatomie pathologique*, a été faite en ville.

Obs. IV. — Catherine Keller, ménagère, d'une constitution forte, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de quarante-deux ans; à cette époque son mari fut atteint d'aliénation mentale; elle en ressentit une violente frayeur, et de ce moment une faiblesse notable et une certaine roideur se manifestèrent assez subitement aux extrémités inférieures. La sensibilité n'y a jamais été lésée, ni sensation d'engourdissement, ni de fourmillement. En même temps, léger tremblement des extrémités supérieures; peu à peu ce tremblement augmente au point d'empêcher les travaux délicats d'aiguille; de temps à autre la malade éprouve aussi dans les mains une roideur inaccoutumée. L'intelligence a toujours été nette et jamais la malade n'avait éprouvé de céphalalgie. L'usage de bains alcalins et sulfureux, l'emploi de vésicatoires et de la strychnine n'avaient pas produit d'amélioration.

Deux ans après l'invasion de son affection cérébrale, elle fut

atteinte, vers la fin de novembre 1846, d'une pneumonie, et c'est pour cette maladie qu'elle entra à la clinique, le 3 décembre.

En dehors des phénomènes de la pneumonie que nous ne mentionnerons pas, l'examen de la malade constate une faiblesse notable des deux extrémités inférieures. Ce n'est pas une paralysie complète. La malade peut se soutenir, mais les mouvements ne s'exécutent qu'avec une certaine roideur. Les fléchisseurs et les extenseurs des pieds agissent bien, mais les péroniers laissent tomber la pointe du pied en dedans. La sensibilité est plutôt augmentée que diminuée. Aux extrémités supérieures les mouvements ne sont pas non plus abolis, mais leur énergie est diminuée et leur rectitude entravée par un tremblement continuel, assez fort pour empêcher la malade de porter à ses lèvres un verre rempli d'eau sans en verser la moitié. Du reste, pas de lésion de l'intelligence. Dix jours après son entrée, la malade succombe à la pneumonie dont elle était atteinte, et l'autopsie révèle le double épanchement arachnoïdien dont il a été fait mention.

Il résulte des observations que nous venons de rapporter que dans l'hémorrhagie arachnoïdienne l'invasion des accidents graves qui paraissent plus spécialement sous la dépendance de l'extravasation sanguine peut être brusque ; le malade de notre seconde observation n'avait jamais éprouvé de phénomènes cérébraux lorsque, sans cause connue, il fut atteint de vertiges, d'éblouissements, de douleur à la tête et tomba presque aussitôt, sans perdre entièrement connaissance. C'est également d'une manière presque instantanée et sans phénomènes précurseurs que la malade de la quatrième observation fut atteinte , à la suite d'une frayeur, d'une faiblesse subite des extrémités inférieures, qui ne se dissipa plus pendant deux ans.

D'autres fois, au contraire, nous trouvons des perturbations fonctionnelles légères qui paraissent antérieures à l'hémorrhagie elle-même et dépendent plus spécialement d'irrégularité dans la circulation ou de congestion cérébrale. Des vertiges , de la céphalalgie ont fréquemment existé et manifestement précédé l'invasion chez le malade de la troisième observation ; on ne peut guère admettre non plus que pendant les vingt quatre heures où le malade de notre première observation n'avait éprouvé, à la suite de l'ivresse, que des vertiges, de la courbature et un certain degré de stupeur, l'extravasation sanguine fut déjà effectuée. Ces lésions fonctionnelles se rapportent plutôt à la congestion cérébrale qui probablement a suivi l'ivresse et précédé l'hémorrhagie.

Les faits que nous avons recueillis ne sont pas assez nombreux pour établir la fréquence proportionnelle de phénomènes prodromaux. M. Boudet prétend que sur trente-trois cas d'hémorrhagie qu'il a comparés sous ce rapport, vingt se sont signalés par des accidents précurseurs. Parmi ces accidents on a mentionné le délire, les convulsions, le vomissement. Ils ont fait complétement défaut dans les cas soumis à notre observation. Nous n'avons remarqué qu'une agitation extraordinaire, non comme phénomène prodromal, mais chez un malade évidemment déjà atteint d'hémorrhagie.

Les lésions fonctionnelles qui coïncident avec l'extravasation sanguine atteignent plus spécialement la motilité, l'intelligence et la sensibilité. Ces fonctions ne sont pas toujours également compromises. C'est ainsi que la malade de notre quatrième observation n'a éprouvé qu'une faiblesse des extrémités inférieures et supérieures, avec tremblement des mains; son intelligence s'était toujours conservée intacte et la sensibilité n'avait jamais été lésée.

Les *lésions de la motilité* observées ont consisté plutôt dans une certaine difficulté ou dans un affaiblissement général des mouvements qu'en paralysie partielle et complète. Cet affaiblissement a été surtout appréciable aux extrémités inférieures, plus ou moins incapables de supporter le poids du corps. Dans aucun des cas observés, la motilité n'a pas été complétement abolie; tous nos malades ont pu exécuter également bien, avec tous les membres, des manœuvres plus ou moins bornées. Ils retiraient les membres pincés et pouvaient exécuter lentement et avec une certaine roideur la plupart des mouvements.

Cette forme toute spéciale de lésion fonctionnelle a déjà été signalée par Serres. Elle se distingue notablement des paralysies partielles, des hémiplégies plus ou moins complètes qui résultent habituellement de la lésion de la pulpe cérébrale ; elle diffère également de la résolution complète des membres et ne prend ce caractère que dans la période ultime de le maladie, dans les cas de mort imminente ou tout au début des attaques graves.

Le petit nombre de faits que nous avons été à même d'observer ne nous permet pas de nier d'une manière absolue l'existence de la paralysie partielle dans les cas d'hémorrhagie arachnoïdienne simple, exempte de lésion de la pulpe cérébrale. Nous disons seulement que nos observations, d'accord avec celles de Serres, n'ont signalé aucun cas de ce genre. Et cependant, dans les faits 1 et 3, l'épanchement sanguin n'existait que d'un côté ; il était considérable, il comprimait l'hémisphère cérébral au point de rendre concave sa surface convexe. Conditions bien faites, en

apparence, pour amener une paralysie partielle ou du moins une paralysie plus prononcée d'un côté que de l'autre, si tant est que les lésions fonctionnelles de ce genre fussent sous la dépendance directe de l'extravasation sanguine dans la cavité arachnoïdienne.

D'autres observateurs, MM. Prus, Boudet, signalent la paralysie partielle, l'hémiplégie, comme manifestation fonctionnelle assez fréquente de l'hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne; c'est à des observations ultérieures à déterminer la cause de ces dissidences.

La roideur des membres et la difficulté qu'elle oppose aux mouvements est une autre lésion fonctionnelle que nous trouvons constatée dans toutes nos observations. Cette roideur a différé de la contracture en ce que le membre n'était pas fléchi et maintenu dans cette position par une contraction permanente plus ou moins soutenue. Ce que nous avons remarqué seulement, c'est que le membre résistait aux mouvements qu'on cherchait à lui imprimer et se roidissait également sous l'influence de la volonté, au lieu d'exécuter librement le mouvement commandé.

Boudet insiste également sur la roideur des membres qu'il appelle *contracture;* dans 41 cas d'apoplexie méningée, comparés sous ce rapport, il a trouvé ce phénomène noté 27 fois. Mais il est à remarquer que ces faits comprennent également l'hémorrhagie ventriculaire et sous-arachnoïdienne. Or, c'est dans l'extravasation sanguine intra ventriculaire que la contracture proprement dite a surtout été observée.

Une certaine agitation, des mouvements exécutés sans but déterminé, ont été très-remarquables chez l'un de nos malades mort rapidement; chez un autre un tremblement musculaire des extrémités supérieures a persisté pendant deux ans, jusqu'à la mort accidentelle par pneumonie; le même tremblement des extrémités inférieures est noté chez le malade de la seconde observation.

Le mode de développement des principales lésions de motilité n'a pas toujours été le même. Chez l'un de nos malades, au dire de ses parents, la résolution des membres était complète après l'attaque qui l'avait renversé dans un fossé, et la faiblesse musculaire avait ensuite plutôt diminué qu'augmenté.

Un autre de nos malades est tombé subitement, mais a pu se relever, marcher même, et regagner son domicile, soutenu par deux personnes. Consécutivement la faiblesse a augmenté de nouveau et, sans atteindre à la résolution complète, a persisté jusqu'à mort.

Le malade de la première observation est venu à pied à l'hôpital, avec une démarche chancelante; il est tombé dans la salle,

mais a pu se relever seul. Pendant deux jours on n'a remarqué qu'une agitation extrême des membres et des mouvements parfaitement libres. La motilité chez lui s'est affaiblie ensuite progressivement, et peu de temps avant la mort, les membres retombaient comme des masses inertes, quoique le malade pût encore les retirer pour échapper à des impressions douloureuses. Dans ce cas aussi la roideur du bras gauche n'a été notée que comme phénomène ultime.

L'*intelligence* ne s'est maintenue intacte que chez la malade de notre quatrième observation, atteinte d'un épanchement arachnoïde double, mais peu considérable. Chez tous les autres malades l'affaissement intellectuel a été noté comme symptôme prédominant. Il a progressivement augmenté jusqu'à l'état comateux, précurseur de la mort chez le malade de la première observation. Il était très-marqué et se combinait à la somnolence dans les deux autres cas. L'affaissement intellectuel a coïncidé, dans tous les cas, avec le début probable de l'hémorrhagie. Cette lésion paraît une des plus constantes dans les cas d'hémorrhagie un peu considérable. M. Prus la considère comme très-remarquable, surtout en raison de sa persistance.

La *sensibilité* était obtuse, mais elle n'était abolie dans aucun des cas observés ; la diminution de la sensibilité m'a paru être en rapport avec l'obnubilition intellectuelle ; elle a été ce qu'elle est toujours dans les états de somnolence et de coma, quelle que soit du reste leur cause. Je n'ai rien remarqué d'analogue aux anesthésies partielles que l'on observe si souvent dans les affections de la pulpe cérébrale. Cette observation concorde avec celle de Prus et de Boudet.

La douleur de tête n'a été franchement exprimée après l'attaque que chez le malade de la deuxième observation. Une douleur occipitale, qui avait précédé l'invasion, a persisté chez le malade mort au bout de peu de jours. Les deux autres n'ont accusé aucune douleur de tête après l'invasion.

Les membres n'ont été trouvés douloureux que dans l'un des cas ; ces douleurs paraissaient musculaires et ne se réveillaient que quand on tentait d'imprimer des mouvements aux extrémités.

La circulation et la respiration n'ont pas paru notablement influencées. Le pouls a été généralement plutôt lent que fréquent. Ralentis au début de l'attaque, les battements ont augmenté de fréquence vers la fin chez le malade de la première observation, qui a offert tous les caractères symptomatiques d'un état fébrile les deux derniers jours de sa vie ; mais il est à re-

marquer qu'une rétention d'urine considérable se trouve notée en même temps.

Le pouls a été également subfréquent chez le malade de la troisième observation, mais cet homme se trouvait atteint à cette époque d'une affection grave du poumon (gangrène).

Les organes digestifs n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est la sécheresse de la langue chez les deux malades morts après plusieurs semaines. L'un de ces malades était atteint en même temps de gangrène du poumon; l'autre a succombé à l'hémorrhagie arachnoïdienne simple.

Deux de nos malades, gravement atteints depuis plusieurs semaines, avaient de l'incontinence d'urine. La rétention d'urine s'est manifestée peu après l'invasion, dans le cas qui s'est terminé rapidement par la morte. La femme morte de pneumonie, deux ans après l'invasion, n'avait jamais éprouvé d'accident du côté des voies urinaires.

Quand les observations seront plus nombreuses, une analyse rationnelle permettra sans doute d'établir différentes formes symptomatiques, plus ou moins en rapport avec la marche et l'intensité de l'hémorrhagie. Ce travail serait aujourd'hui peut-être prématuré ; pour le tenter il faudrait revoir d'un point de vue critique toutes les observations qui existent dans la science. Le temps ne nous a pas permis de nous charger, quant à présent, de cette tâche. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Considérations sur la névralgie faciale, pour servir à l'histoire de cette maladie;* par le docteur F. Neucourt, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Archives générales de médecine, juin 1849.)

Des symptômes de la névralgie faciale et de leur interprétation physiologique. — Il faut soigneusement distinguer deux choses qui ont été jusqu'à présent confondues, la *douleur à la pression* et la *douleur spontanée.* Voici à cet égard, le résultat donné par le relevé de vingt observations prises avec le plus grand soin :

Onze fois il y avait *douleur à la pression* au point d'émergence d'une ou de deux branches du trifacial, deux fois la douleur existait spontanément et à la pression à la tempe, une fois à l'aile du nez et la lèvre; six fois on ne constata nulle part de douleur à la pression. Il est spécifié dans la plupart des observations que la douleur à la pression, vive au point d'émergence, allait en diminuant à mesure qu'on s'éloignait de ce point.

Quant au siége précis de ces douleurs, il s'est réparti de la manière suivante : six fois sur le sus-orbitaire, six fois sur le

sous-orbitaire, une fois sur le mentonnier, ce qui donna le nombre treize, quoiqu'il n'y ait que onze observations, parce que dans un cas la douleur existait simultanément sur le sous-orbitaire et le mentonnier, et dans un autre cas sur le sus et le sous-orbitaire (1).

Pour les *douleurs spontanées*, le siége en est très-variable, souvent multiple. Neuf fois la douleur spontanée se faisait sentir à la tempe, six fois à la joue, six fois au front, cinq fois dans l'œil, trois fois aux gencives, sans carie des dents, une fois à la lèvre, deux fois à l'aile du nez, une fois au point d'émergence du sous-orbitaire; enfin la douleur s'est parfois irradiée sur le cuir chevelu, derrière l'oreille, à l'occiput, le long du cou.

Ce qui est à remarquer, c'est que la *douleur spontanée* et la *douleur à la pression* n'ont existé simultanément dans le même lieu que quatre fois, savoir : une fois au point d'émergence du sous-orbitaire, une fois à la lèvre et au nez, deux fois à la tempe.

On voit, d'après cela, combien il est important de préciser dans les observations et de distinguer la douleur à la pression de la douleur spontanée. Le siége en est très-différent, et c'est sans doute à la confusion qui a régné jusqu'à présent à cet égard qu'on doit les résultats contradictoires signalés plus haut.

Il reste à examiner une seconde question, celle de savoir s'il est nécessaire que la douleur s'irradie suivant le trajet des branches nerveuses pour qu'on ne puisse nier que le tic douloureux ait son siége dans le système nerveux.

Cette discussion rentre dans la physiologie, et nous allons voir que les données fournies par cette science sont parfaitement en rapport avec la manifestation réelle des symptômes, tandis qu'elles le seraient beaucoup moins avec les descriptions moins exactes des auteurs.

Il ne faut pas oublier que nous avons constaté l'existence de deux sortes de douleurs : l'une ayant lieu le plus souvent à la pression seulement, l'autre existant d'une manière spontanée et n'augmentant que très-rarement par la pression.

La douleur à la pression au point d'émergence des nerfs prouve que le principe de la maladie existe dans les troncs nerveux. Cette douleur n'est que l'exaltation de l'état physiologique, car tout le monde sait que les nerfs de sentiment sont sen-

(1) Souvent, en pressant, on se contente de demander au malade si c'est là qu'il souffre ; il répond par l'affirmative, et on croit que la douleur est déterminée par la pression. Mais si on précise mieux, et qu'on demande si la douleur augmente par la pression, la réponse est négative. Si on ne fait pas faire cette distinction au moment de l'examen, on peut croire, d'après les réponses du patient, qu'il y a douleur à la pression là où il n'existe qu'une douleur spontanée.

sibles par eux-mêmes, comme on s'en assure en pressant le nerf cubital, le sus-orbitaire, le sous-orbitaire, et par les vivisections. Seulement, lorsqu'il n'y a pas de névralgie, la pression suffisante pour déterminer de la douleur doit être beaucoup plus forte que dans le cas contraire ; ce sont des expériences que chacun peut vérifier facilement sur soi-même.

Telle est l'explication de la douleur à la pression dans le tic douloureux. Je passe à ce qui a trait à la douleur spontanée.

Avant tout, il est nécessaire de rappeler les proprositions physiologiques qui s'y rapportent.

Muller dit (*Manuel de physiologie*, trad. franc., t. Ier, p. 589) : « Lorsqu'un tronc nerveux est irrité, toutes les parties qui en reçoivent des branches ont le sentiment de l'irritation, et l'effet est alors le même que si les *dernières ramifications de ce nerf avaient été irritées toutes à la fois.* » Ou bien encore (p. 593) : « L'irritation d'une branche (nerveuse) quelconque est accompagnée de sensation dans les parties auxquelles cette branche se rend. Par exemple, si on comprime le nerf cubital, indépendamment de la douleur ressentie au lieu de la compression, il en existe une dans l'annulaire et le petit doigt. »

C'est ce qui explique comment, le tronc nerveux d'une des branches du trijumeau étant irrité, la douleur se fait sentir non-seulement dans le lieu de l'irritation, mais encore dans les parties auxquelles le nerf se distribue, *sans se propager le long des filets nerveux.*

Est-il possible d'expliquer aussi comment la douleur est fixée dans une partie limitée de la face et non dans les régions auxquelles le nerf se distribue ? Oui, car les expériences physiologiques démontrent que l'irritation d'une branche nerveuse est accompagnée d'une sensation bornée aux parties qui reçoivent des filets de cette branche, et non d'une sensation dans les branches qui émanent plus haut, ce qui fait comprendre comment chaque branche du trijumeau peut souffrir isolément ; et de plus, c'est que des parties différentes de l'épaisseur d'un nerf sensitif produisent, quand on les irrite, les mêmes sensations que si des ramifications terminales différentes de ces parties du tronc venaient à être irritées (Muller, *loc. cit.*). C'est ainsi qu'en faisant rouler le nerf cubital entre les doigts, on détermine successivement des douleurs dans les 4e et 5e doigts, au dos et à la paume de la main, selon la partie du nerf que l'on presse ; de sorte que, par analogie, on doit admettre que le siége des douleurs, dans la névralgie faciale, varie suivant que telle ou telle fibre est le

siége de l'irritation, et qu'alors ce tronc nerveux entier n'est pas toujours atteint.

Ainsi donc, pour résumer, l'irritation d'un tronc nerveux produit, d'une part, une douleur à la pression dans le tronc lui-même, et d'autre part, des douleurs spontanées dans les parties auxquelles le nerf se distribue.

Telle est l'explication physiologique des manifestations pathologiques observées dans le tic douloureux.

Reconnaissons toutefois que beaucoup de points restent encore obscurs dans cette question ; car il y a des cas où le tronc est sensible par lui-même, aussi bien qu'à la pression, d'autres dans lesquels la douleur dans les parties où se rendent les ramifications nerveuses existe spontanément et à la pression ; enfin, si dans 11 cas sur 20 il y avait douleur à la pression au point d'émergence, 9 fois cette douleur n'a pas été constatée.

La discussion de ce dernier point mérite quelque importance au point de vue pratique. Dans le cas où le nerf n'était pas douloureux au point d'émergence, il est évident qu'il faut chercher ailleurs le point de départ de la maladie. Dans aucun de ces cas, on n'en pouvait trouver la cause à l'extrémité périphérique du nerf; il faut donc admettre que le siége en était plus profondément encore que le point d'émergence. Nous avons vu que, même dans ce cas, les douleurs se feraient sentir à l'extrémité périphérique, puisque, quand un tronc nerveux est irrité, l'effet est le même que si les dernières ramifications nerveuses avaient reçu elles-mêmes l'irritation. Le phénomène est en tout semblable ici à celui bien connu des individus qui éprouvent, après l'amputation d'un membre, des douleurs qu'ils rapportent à des parties bien déterminées du membre qu'ils ont perdu.

Ceci nous amène à un moyen de traitement quelquefois employé pour la guérison radicale du tic douloureux, moyen qui, au premier abord, paraît des plus rationnels, qui cependant, comme l'expérience le prouve, amène bien rarement la guérison désirée. On voit que je veux parler de la section du nerf.

On comprend que cette section sera formellement contre-indiquée lorsque le point de départ des douleurs aura lieu dans une partie du nerf rapprochée du centre que celle sur laquelle on opère : ce qu'on sait existe assez souvent Tout au plus alors, l'ébranlement douloureux produit par cette section pourrait amener une guérison momentanée; résultat que peut détruire parfois l'arrachement d'une dent, même saine, comme nous le verrons plus loin.

On comprend, d'après cela, pourquoi la section du nerf a été

si rarement suivie de la guérison radicale, et les saines doctrines physiologiques devront rendre beaucoup moins fréquentes les tentatives de cette nature.

De la névralgie de la septième paire. — Les premiers médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale du tic douloureux, André, de Versailles, Fothergill, Pujol, n'ont jamais cherché à distinguer si le trijumeau était plus souvent que le facial le siége de la douleur. Boyer lui-même dit que plusieurs circonstances portent à croire que le tic douloureux a son siége spécial dans les nerfs, sans préciser davantage, et rien dans tous ce qu'il dit ne peut autoriser à faire croire qu'il accordât plus d'influence au trijumeau qu'au facial dans la production de la maladie.

Les expériences physiologiques après lesquelles il fut démontré que le trijumeau est le nerf sensitif, et le facial le nerf moteur de la face, reportèrent l'attention des médecins sur le siége précis de la névralgie faciale. Quelques réclamations s'élevèrent, mais le remarquable article *Face* de M. P. Bérard, dans le *Dictionnaire de médecine*, réduisit les récalcitrants au silence. Ce chirurgien distingué appuya son opinion de raisons si péremptoires, que depuis ce temps il est admis que la névralgie de la 7e paire n'existe pas, et que les observateurs qui ont décrit sous ce nom certains tics très-douloureux étaient dans l'erreur.

Cependant c'est cette question vidée en apparence que je viens discuter de nouveau, et je vais essayer de le faire au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

Au point de vue anatomique et physiologique, on doit se demander si le facial est sensible, et en cas d'affirmative, d'où lui viendrait cette sensibilité? Tous les physiologistes, Muller et M. Longet, notamment, considèrent comme démontré que si on irrite ou qu'on coupe le tronc de la 7e paire, l'animal témoigne de la douleur.

M. Bérard explique ce fait par une anastomose que le facial reçoit de la 3e branche de la 5e paire, laquelle anastomose s'unit au facial derrière la mâchoire, et l'accompagne dans toutes ses divisions. Mais cette anastomose ne suffit pas pour expliquer la sensibilité du facial ; car Eschricht a coupé le nerf trijumeau dans le crâne, et le nerf facial demeura sensible dans la partie postérieure après cette opiration.

Muller explique cette sensibilité par une anastomose qui a lieu dans l'aqueduc de Fallope, entre une branche du nerf vague et le facial. De sorte qu'en dernière analyse, rien ne porte

à admettre que le facial soit par lui-même autre chose qu'un nerf moteur. Mais il est, d'un autre côté, incontestable qu'il jouit d'une sensibilité assez développée, laquelle s'explique par des anatomoses entre ce nerf et les deux nerfs sensitifs, le trijumeau et le nerf vague.

On pourrait donc dire, à la rigueur, que nous ne discutons que sur des mots, puisque tout le monde admet que le facial est par lui-même exclusivement moteur. La distinction que je veux établir a cependant son importance au point de vue pathologique. En effet, partant de la donnée absolue de l'insensibilité du facial, on nie *a priori* la possibilité de sa névralgie. Si, au contraire, on admet qu'il est doué d'une certaine sensibilité, même acquise, ce qui est incontestable, on conçoit l'existence d'une névralgie dont le point de départ serait le facial, ce qui était impossible auparavant. Enfin, au point de vue pathologique, le fait suivant me paraît difficile à expliquer autrement que par une névralgie de la 7e paire (1).

Paralysie subite d'un côté de la face, avec violentes douleurs autour de l'oreille, à l'occiput et à la région pariétale ; diminution, puis disparition simultanée de la paralysie et des douleurs.

Obs. I. — Mouchot, âgé de 45 ans, manœuvre, brun, bien coloré, habituellement bien portant, ayant eu, il y a quelques années, de violentes douleurs dans les jambes, sans gonflement des articulations, fut pris, sans cause connue, au commencement d'avril 1846, de vomissements, diarrhée, coliques violentes, faiblesse générale. On lui donna des narcotiques qui le calmèrent. Dès le lendemain, il ressentit dans la tête et dans les deux oreilles des douleurs avec sifflement et sensation particulière, comme si les conduits étaient remplis d'eau. Il ne se rappelle s'être exposé à aucun refroidissement. Les douleurs continuant, on appliqua un vésicatoire à la nuque.

Le 25 avril, trois semaines après le début de la maladie, je le vis pour la première fois. Figure assez colorée, pouls fort et régulier ; impossibilité de froncer le sourcil gauche, de fermer l'œil du même côté, la pupille est contractile comme à droite ; aucun pli du visage n'est marqué de ce côté, impossibilité de siffler. Lorsque le malade boit, une partie du liquide coule à gauche ; s'il mange, une portion des aliments reste entre la joue

(1) Tout en maintenant la distinction entre les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs, certains physiologistes sont portés, par des expériences récentes, à admettre dans ces derniers une sensibilité propre, qui leur était déniée. Ceci explique très-bien les doutes et l'opinion de l'auteur de ce mémoire.
(*Note du Réd.*)

et l'arcade dentaire. En même temps, *douleur atroce, avec élancements dans la région occipitale et pariétale de la tête à gauche, se prolongeant autour de l'oreille et dans le conduit auditif, avec sifflement aigu.* La pression exercée sur le cuir chevelu augmente cette douleur par petites places, ainsi qu'au niveau du trou stylo-mastoïdien. Ces douleurs sont atroces, et le malade demande qu'on l'en débarrasse à tout prix ; elles augmentent surtout dans l'après-midi. Sommeil assez bon ; langue blanche, *fortement déviée à droite;* bouche pâteuse, peu d'appétit; selles normales. (Prescription : une bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 27, douleurs moindres, se faisant sentir surtout à la région parotidienne et augmentant par la pression. (Expectation.)

Le 28, même état. (Vésicatoire derrière l'oreille, saupoudré de morphine; sulf. de quinine, 50 centigr. par jour.)

Le 3 mai, les douleurs névralgiques ont presque complétement disparu. Le malade, avec des efforts, ferme l'œil aux deux tiers ; les tentatives pour froncer le sourcil déterminent un léger plissement. (Continuation du traitement.)

Le 6, toujours quelques douleurs dans la portion gauche de l'occiput ; la paupière du côté malade s'abaisse complétement, mais avec des efforts ; le front se plisse, mais moins que du côté sain. L'action de siffler est encore impossible. Le malade a repris son travail depuis deux jours. (Même prescription, moins la morphine.)

Le 14, tous les mouvements du visage se font, mais moins bien que du côté opposé ; les douleurs existent à peine. (Continuer le vésicatoire.)

Quinze jours après, la face est revenue à son état normal. J'ai revu depuis ce malade, qui ne s'est jamais ressenti de rien.

Nous voyons coïncider deux choses : une paralysie de la 7e paire; une douleur atroce existant spontanément derrière l'oreille, dans l'oreille, à la région pariétale et à l'occiput, avec douleur très-vive à la pression au point d'émergence de la 7e paire ; ces douleurs diminuent, puis disparaissent en même temps que la paralysie. Il est vraiment impossible de ne pas attribuer les deux phénomènes, paralysie et névralgie, au même tronc nerveux.

M. Bérard a expliqué tous les faits de névralgie dite de la 7e paire, par une variété du tic douloureux qui n'avait pas été signalée avant lui : c'est la névralgie de la 2e paire de nerfs cervicaux, laquelle donne la sensibilité à la partie postérieure de la tête. Mais, dans le cas actuel, la direction des douleurs, leur siége principal autour de l'oreille, la douleur exercée par la

pression sur le nerf facial à sa sortie, différencient complétement cette névralgie de celle qu'a fait connaître M. Bérard.

Je crois, en conséquence, qu'il faut reconnaître ici que la sensibilité morbide tenant à la partie sensitive du nerf facial, tout en admettent que cette sensibilité est produite par l'anastomose de ce nerf le trijumeau et le nerf vague, et que cette névralgie particulière doit être soigneusement distinguée de la névralgie faciale, dont le point de départ est le sus-orbitaire, le sous-orbitaire ou le mentonnier, ainsi que de la névralgie de la 2e paire de nerf cervicaux.

Le nom de *névralgie des branches sensitives de la 7e paire* est encore celui qui convient le mieux, parce que d'une part, il ne signifie nullement que la 7e paire soit sensible par elle-même, et d'un autre côté, il éclaire le médecin sur l'existence d'une névralgie qui, au premier abord, paraît une hérésie physiologique.

M. Bérard tient à démontrer la non-existence de la névralgie du facial, parce que, dit-il, cette question renferme un point important de pratique médico-chirurgicale, la section de la 7e paire, tentée comme moyen de guérison du tic douloureux. Grâce à la description et à la démonstration si lumineuse de M. Bérard, une pareille tentative serait actuellement considérée comme le comble de l'ignorance. Mais, ceci bien établi, je crois nécessaire d'admettre la variété de tic douloureux dont il vient d'être question, variété sans laquelle certains faits resteraient sans explication satisfaisante. Il est même évident que les observations précédentes rendent plus nette la distinction établie de nos jours entre la névralgie et la paralysie faciale, en faisant rentrer dans un cadre bien déterminé quelques faits qui semblent douteux au premier abord.

Pronostic et marche de la névralgie faciale. — La plupart des auteurs qui ont écrit sur la névralgie faciale présentent de cette maladie un tableau désespérant quant à l'intensité des douleurs, à leur pesistance extraordinaire, au désespoir dans lequel les malades sont plongés, à l'inutilité fréquente des traitements les plus variés. Cependant l'impression produite par cette lecture ne tarde pas à diminuer, lorsqu'on s'est trouvé plusieurs fois en présence de cette maladie, et on s'aperçoit que l'on a pris pour type les cas violents et d'une extrême ténacité, qui doivent, au contraire, former l'exception.

Pour étudier ce qui se rapporte au pronostic et à la marche de cet état morbide, il est important de faire une distinction entre la *dévralgie faciale aiguë* et la *névralgie faciale chronique.*

Sur vingt observations que j'ai recueillies avec détail, treize fois la névralgie affecta la *marche aiguë*, et sept fois seulement, la *marche chronique*. Je dois dire, en outre, qu'il m'est arrivé souvent de traiter des névralgies faciales aiguës de quelques jours dont je n'ai pas tenu note, ce qui augmente encore la proportion des cas aigus.

Voici quelle fut la durée de la maladie :

Dans	1 cas,	2	jours.
	1	3	
	3	4	
	6	8	
	1	9	
	1	29	
Total,	13 cas.		

On voit que le plus ordinairement elle a été de huit jours. J'ai considéré comme étant chroniques les névralgies qui dépassaient 25 jours ; mais on conçoit que la division en aiguë et en chronique est arbitraire, et faite seulement pour favoriser l'étude des considérations propres à la maladie (1).

Ainsi donc la *névralgie faciale aiguë* est une maladie fréquente, du moins dans le pays que j'habite, et d'après les faits observés, je crois pouvoir résumer ainsi ce qui a trait à la marche et au pronostic de cette forme.

Généralement l'invasion est rapide, quelquefois due à une cause appréciable, le plus souvent sans cause connue. Les accès peuvent affecter la forme intermittente régulière ; mais le plus souvent ils présentent des alternatives d'intensité très-grande et de calme momentané, qui se succèdent irrégulièrement.

Lorsqu'une cause accidentelle a déterminé la maladie, elle peut disparaître en quelques jours ; mais sa durée la plus habituelle est d'un septénaire pour les accès violents, après quoi il reste souvent un sentiment de douleur sourde ou tensive dans les parties affectées, qui se dissipe aussi en un septénaire environ.

Pour le pronostic, je dirai que, dans tous les cas où j'ai été appelé dès le début, j'ai été assez heureux pour voir les douleurs disparaître en huit ou dix jours environ, et une seule fois elles ont résisté pendant vingt-cinq jours. Dans aucun cas, l'état chronique n'est survenu (je mets de côté quelques cas compliqués de

(1) Une circonstance singulière, c'est que dans les treize cas de névralgie, ce sont des personnes du sexe feminin qui furent atteintes : il est probable, d'après cela, que ce sexe y est plus exposé que l'autre. Mais une proposition absolue à cet égard serait le contraire de la vérité, car j'ai souvenir d'avoir rencontré plusieurs fois la névralgie aiguë chez l'homme. Par contre, nous verrons plus loin que les cas de névralgie chronique m'ont été offerts plus fréquemment par des hommes que par des femmes.

carie dentaire, dont il sera question à propos du traitement). Toutes les fois que j'ai observé l'état chronique, je n'avais été appelé que longtemps après le début des accidents.

Il est certain que ce résultat favorable est dû au hasard ; je dira même, afin qu'on ne pense pas que je l'attribue au traitement, que dans un certain nombre de cas, les accès ont diminué peu à peu d'intensité, sans qu'aucun des moyens employés ait paru amener la guérison. Il n'est pas rare de voir, sous cette forme aiguë, la maladie avoir une tendance naturelle vers la guérison, avec ses périodes d'invasion, d'augment, d'état et de décroissance. Cette marche fréquente de la maladie, si importante au point de vue du pronostic, l'est aussi pour le traitement. C'est elle qui explique ces guérisons si rapides dont fourmillent les recueils périodiques, guérisons obtenues à l'aide de médicaments qui échouent le plus souvent dans la même maladie à l'état chronique.

Tenant compte de cette marche naturelle, d'une part, et de l'action des médicaments, d'autre part, on voit que le pronostic est généralement favorable. Cependant, pour les malades et pour ceux qui les entourent, on ne peut émettre une semblable proposition sans faire ses réserves ; car si la guérison rapide est la règle, il y a à cela des exceptions, soit que la cause de la névralgie persiste avec opiniâtreté, ou bien qu'elle tienne à des altérations organiques profondes, soit enfin que le traitement ait été négligé ou mal conduit dès le début.

On a insisté de tout temps sur la distinction importante à établir entre la névralgie faciale proprement dite et les douleurs produites par la carie dentaire. On pourrait penser qu'ici j'ai confondu les deux ordres de lésions, et que c'est ainsi que je suis arrivé à trouver un si grand nombre de *névralgies faciales aiguës*. L'état sain de la bouche ne suffirait pas pour lever toute difficulté, car une dent cariée peut passer inaperçue. Mais cette objection tombe évidemment devant les cas de névralgie sus-orbitaire, et pour lever tous les doutes, je crois nécessaire de rapporter succinctement quelques-unes des observations que j'ai recueillies, me réservant, du reste, de revenir plus loin sur cette question.

Névralgie sus-orbitaire compliquée d'embarras gastrique ; douleur intolérable le sixième jour, après un calme produit par un vomitif. Disparition des douleurs à la suite de scarifications à la morphine.

Obs. II. — Mme Migeon, 40 ans, grande, habituellement pâle, sujette à des douleurs de tête, éprouve depuis trois jours une douleur toute différente de celle qu'elle éprouve d'habitude.

Examinée pour la première fois le 7 avril 1846, quatrième jour des souffrances, elle est dans l'état suivant : douleur occupant l'œil gauche et le front du même côté, avec sentiment de tiraillements très-douloureux ; en pressant au point d'émergence du sus-orbitaire, douleur vive qui fait reculer la malade ; partout ailleurs, nulle douleur à la pression. Nausées, envies de vomir continuelles ; langue large, sans enduit ; bouche amère, teinte légèrement jaunâtre du visage, constipation, insomnie complète depuis trois jours, peau fraîche ; pouls à 70, médiocrement développé. (Bain de pied, laudanum en friction *loco dolenti.*)

Le 8, même état. (Émétique, 5 centigrammes.) Vomissements abondants à la suite desquels la malade se trouve bien.

Le 9, sixième jour de la maladie, les douleurs reprennent vers neuf heures et deviennent intolérables vers midi, avec sentiment atroce d'arrachement dans l'orbite, la tempe et le front ; larmes abondantes provoquées par l'intensité des douleurs, quoique la malade reste calme et ne pousse aucun cri. La paupière du côté malade ne se relève pas autant que celle du côté sain. Même état général. (Piqûre au point d'émergence du sus-orbitaire avec une lancette imbibée d'hydrochl. de morphine.) Les douleurs diminuent peu à peu dans la journée.

Le 10, douleurs nulles ; la pression au point d'émergence du sus-orbitaire ne détermine plus de douleur.

Le 11, huitième jour, il ne reste plus qu'un sentiment de lourdeur du côté affecté, qui se dissipe au bout de quelques jours. Depuis ce temps (mars 1849), la douleur n'a pas reparu.

Névralgie temporale avec sécrétion des larmes ; guérison obtenue deux fois à la suite des purgatifs et des calmants ; durée de quelques jours, sans récidive.

Obs. III.—Madame Bagard, 32 ans, bien portante d'habitude, éprouva, deux mois après un accouchement naturel, une névralgie faciale dont elle fut débarrassée à la suite d'un purgatif. Quinze jours après, je fus rappelé. Les douleurs avaient repris leur intensité depuis vingt-quatre heures.

Le 15 juin 1847, deuxième jour de la reprise, douleur vive dans la tempe gauche, augmentant par la pression, mais existant aussi spontanément, continue, avec de violentes exacerbations ; l'œil du côté malade est douloureux, rouge, avec sécrétion abondante de larmes ; pouls tranquille, peau fraîche, langue un peu blanche, peu d'appétit, constipation, insomnie complète. (Sulfate de soude, 40 grammes, ce moyen ayant déjà réussi ;

frictions sur la tempe avec l'huile de jusquiame, laudanum, extrait de belladone.)

Le 24, douleurs moindres. On continue les frictions les jours suivants ; les douleurs disparaissent, elles n'ont pas reparu depuis.

Névralgie temporale intermittente chez une chlorotique ; guérison par le sulfate de quinine.

Obs. IV.—Mademoiselle Mann., couturière, brune, pâle, offrant des symptômes de chlorose, éprouve, depuis une huitaine de jours, des douleurs atroces dans le côté gauche de la tête ; ces douleurs reviennent à heure fixe, d'abord à dix heures du matin, et depuis trois jours, à six heures et demie du matin ; elles durent jusqu'à midi environ.

Le 25 mai 1847, premier jour de l'examen, huitième de la maladie, à une heure de l'après-midi, l'accès est à peu près dissipé ; la tempe, le front, du côté gauche, qui sont douloureux dans l'accès, ne le sont pas actuellement, ni spontanément ni à la pression ; bon état général. (Sulfate de quinine, 50 centigr.) Les accès vont en diminuant à partir de ce moment.

Le 28 mai, onzième jour de la maladie, accès à peine marqué. (Continuation du traitement.) Les jours suivants, les douleurs disparaissent complétement, ainsi qu'une douleur sourde de la tête à laquelle la malade était sujette depuis longtemps. Un traitement tonique et ferrugineux rend à cette personne une santé qu'elle ne possédait pas depuis longtemps.

Névralgie sus et sous-orbitaire avec irradiation au cou et à l'occiput ; forme intermittente régulière; insuccès du sulfate de quinine, sous-carbonate de fer, scarifications à la morphine ; guérison.

Obs. V.—Une femme de 38 ans, vivant dans un état voisin de l'indigence, éprouva, pendant quelques jours, une douleur de tête supportable. Le 25 février 1847, pendant toute la matinée, cette douleur prend une intensité extrême : je la vois dans l'accès. Douleur spontanée très-violente à la tempe gauche, retentissant parfois à l'occiput du côté droit, comme si la douleur traversait la tête ; douleur vive à la pression au niveau du point d'émergence du sus-orbitaire, existant aussi, mais moins vive, au-dessous de l'os malaires ; les douleurs spontanées se propagent autour de l'oreille et sur la partie latérale du cou ; les muscles du cou sont douloureux spontanément et à la pression ; une dente cariée à la mâchoire supérieure n'est douloureuse ni spontanément ni

à la percussion ; bon état général. (Potion antispasmodique, mouche d'opium à la tempe.)

Le 26, la douleur revient à la même heure. (Sulfade de quinine, 50 centigr.)

Le 27, l'accès est revenu à dix heures, au lieu de six heures. (Même prescription.)

Le 28, l'accès revient, à dix heures et demie, plus intense que jamais. La malade se soumet, aussitôt que je le lui propose, à des scarifications à la morphine ; de plus, sous carbonate de fer, 1 gramme en deux doses.

Le 29, septième jour de la maladie environ, l'accès est revenu à dix heures, mais moins fort ; l'action de marcher retentit dans la tête. (Continuation.)

Le 3 mars, douzième jour, point de douleur violente ; sentiment de pesanteur dans la tête, augmentation lorsque la malade marche. Les jours suivants, tous les symptômes disparaissent.

Je crois inutile de citer un plus grand nombre d'observations pour bien établir ce que j'entends par *névralgie faciale aiguë*, et pour justifier ce que j'avais avancé sur la marche et le pronostic de cette maladie.

On trouvera plus loin d'autres cas dans lesquels la névralgie avait son siége dans la branche sous-orbitaire ; l'arrachement des dents cariées fut pratiqué, et la névralgie n'en persista pas moins, ce qui lève toute objection sur la nature des douleurs.

Mais il arrive souvent que la maladie passe à l'état *chronique*. Alors tout change, et rien de ce qui vient d'être dit n'est applicable à cette nouvelle forme. C'est à elle que se rapporte ce que les auteurs disent de la névralgie faciale ou tic douloureux de la face. Sa ténacité, sa résistance à tous les traitements, la violence des symptômes, etc., sont autant de points traités depuis longtemps, et sur lesquels il n'y a rien à ajouter.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est en quoi consiste la chronicité.

Lorsque la maladie en est arrivée à ce point, voici ordinairement la marche qu'elle suit. Une attaque dure rarement plus d'un mois, et souvent beaucoup moins. Les douleurs sont aiguës, déchirantes, rapides comme l'éclair, et se renouvellent fréquemment ; ou bien elles sont continues, avec des exacerbations. C'est le même tableau que celui de la névralgie aiguë, mais il en diffère par la répétition fréquente des attaques, et surtout par une extrême ténacité. Dans les sept observations que j'ai recueillies, les attaques se renouvelèrent dans six cas plusieurs fois par an ; dans un cas, une seule fois par an. Sur ces sept cas, il y avait 4 homme et 3 femmes.

Je n'insiste pas sur cette curieuse affection, et je crois ne pouvoir mieux établir la différence entre la *forme aiguë* et la *forme chronique*, au point de vue de la marche et du pronostic, qu'en rapportant les deux observations suivantes, parmi celles que j'ai recueillies. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

4. *Observation de méningite subaiguë, suivie de guérison;* communiquée par M. A.-H. Leroy-Dupré, docteur en médecine de la Faculté de Paris, aide-major au 15e de ligne à Avesnes (Nord).

(Gazette médicale de Paris, N° 28; 1849.)

Obs. — Henri P..., âgé de 8 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une intelligence remarquable pour son âge, tomba malade le 14 février dernier. Le médecin qui fut appelé ne rencontra qu'une affection trop mal accusée pour asseoir un diagnostic rigoureux. L'enfant se plaignait d'une vive douleur sous l'aisselle gauche, il toussait, et cependant l'auscultation aidée de la percussion ne fit rien découvrir. Il y avait quelques vomissements et un peu de constipation, mais ce phénomène n'était point accompagné de soif, et la langue se présentait humide, plate et saburrale. D'ailleurs l'enfant vomit très-facilement et à la moindre indisposition. Une seule considération aurait pu faire soupçonner la redoutable maladie qui allait éclater, c'était l'existence de la céphalalgie, mais celle-ci était si peu intense qu'elle n'inquiéta personne. Vingt sangsues furent placées sous l'aisselle gauche et à l'épigastre dans le but de prévenir ou de modérer une pleuropneumonie à son début, d'éteindre la fièvre et d'enrayer les phénomènes gastriques commençants. La diète, des boissons délayantes et un repos absolu servirent de complément à cette médication, sous l'influence de laquelle la maladie ne parut devenir ni plus ni moins menaçante.

Appelé quatre jours après, c'est-à-dire le 18 février, pour donner nos soins, concurremment avec M. le docteur Her..., nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Calme absolu, décubitus dorsal, face pâle, un peu tirée, œil enfoncé dans l'orbite, pas d'animation dans le regard, pupilles à peine dilatées, sourcils froncés, léger trismus de la lèvre inférieure, un peu de mâchonnement, physionomie sérieuse et mécontente. Questionné, le malade ouvre les yeux qu'il tenait fermés, répond avec difficulté aux questions et paraît retomber dans un sommeil accompagné de rêves pénibles ; excité pas de nouvelles questions sur le siége de son mal, il se plaint d'une vive douleur dans la région de l'épaule gauche, puis laisse échap-

per des paroles sans suite, c'est un véritable délire erratique. Les parents nous apprennent que leur enfant est souvent tombé sur la tête, et une dernière fois quelques mois avant sa maladie actuelle. La région frontale ne présente, comme la peau des autres régions du corps, ni sécheresse ni moiteur, la langue est humide et saburrale, excepté à sa pointe et sur ses bords où elle offre un peu de rougeur. Les boissons sont avalées facilement, il n'y pas de soif, point de sensibilité à la région épigastrique ni aux fosses iliaques, abdomen souple, pas de gargouillement, constipation opiniâtre. Le malade a eu la veille plusieurs fois des vomissements. En examinant le cou, la poitrine et le ventre, on ne voit ni taches rosées, ni pétéchies ni sudamina. Le malade s'asseoit seul sur son lit pour faciliter les recherches de l'auscultation, celle-ci ne fournit aucun signe, il y a cependant de la toux, mais sans expectoration, le malade avalant les rares crachats qui se forment. La percussion ne fournit aucune indication. Il existe 40 inspirations par minute, le pouls est serré, sec et fréquent, il bat 145 fois. Il n'y a pas de bruit caractéristique à la région précordiale. De temps en temps, le malade fait entendre un gémissement unique, isolé qui approche, sans en avoir le caractère spécial, de ce que les auteurs ont désigné sous le nom de cri hydrencéphalique.

La douleur de tête des jours précédents, les vomissements actuels, la constipation, la fièvre, l'ensemble du malade et le subdelirium surtout, nous font porter le diagnostic d'une méningite subaiguë localisée à la partie antérieure. (Compresses d'oxycrat sur le front et le sinciput, 6 sangsues à chaque apophyse mastoïde, sinapismes aux extrémités, 2 grammes d'onguent napolitain en frictions, 5 centigrammes de calomel toutes les six heures, diète, repos absolu.) Le malade ne veut boire que de l'eau sucrée.

Le soir, les accidents ont augmenté. La face, qui a été alternativement pâle et rouge dans la journée, est actuellement d'une grande pâleur, le délire est complet, on peut cependant tirer encore le malade des ses préoccupations par des questions nettes et précises, il y a eu pendant la journée quelques vomissements de mucosités.

Le 19 au matin, la peau est sans chaleur, la respiration et la circulation comme la veille, toutefois le pouls est moins résistant. Le malade présente de l'abattement, un peu de coma. On continue l'emploi du calomel à l'intérieur et l'onguent napolitain en frictions. Les compresses d'oxycrat sont remplacées pas une vessie remplie d'eau froide.

A l'état d'affaissement du malade succède, à trois heures de l'après-midi, une réaction manifeste. La peau est chaude, point sèche, les pommettes sont très-colorées, il existe un peu d'agitation dans le maintien du malade. La douleur de l'épaule gauche a disparu pour faire place à une céphalalgie bien manifeste et localisée à la région frontale. (2 vésicatoires aux mollets, larges sinapismes aux pieds, nouvelles frictions mercurielles.)

Le soir, le petit malade avait pris 35 centigrammes de calomel et absorbé 6 grammes d'onguent napolitain en frictions, sans que le besoin d'aller à la garde-robe se fût fait sentir. Un seul vomissement avait eu lieu. Cette réaction disparut aux approches de la nuit pour être remplacée par un état comateux plus prononcé : 110 pulsations, 34 inspirations.

Le 20 au matin, le coma augmente, le malade répond cependant encore aux questions qu'on lui adresse : 91 pulsations, 34 inspirations. La langue est toujours humide et saburrale, la soif n'est point vive, et bien que la diète dure depuis six jours, on ne remaque pas d'affaiblissement des forces. Nous prescrivons l'applications immédiate de deux nouveux vésicatoires aux cuisses, et d'un autre largement appliqué sur la région crânienne préalablement rasée. Nous prescrivons en outre 2 décigrammes de calomel, 20 grammes d'onguent napolitain en frictions, diète, eau gommeuse pour boisson. Le coma, qui avait disparu dans la journée sous l'influence de l'excitation opérée par les pansements, reparaît le soir. L'affaissement est plus considérable, la respiration est libre, la peau moite, l'artère radiale donne 104 pulsations.

Le 21, pâleur plus grande de la face et dilatation très-considérable des pupilles. Le pouls est à 110. Le malade n'accuse plus d'autre douleur que celle des vésicatoires. Il n'y a pas de salivation, et l'haleine du malade n'est nullement hydrargyrique. (Diète. La crainte des accidents fait suspendre l'emploi du calomel, mais l'onguent napolitain, 10 grammes en frictions, est continué. On applique en outre des sinapismes sur les régions de la peau encore intactes. La constipation, qui a persisté jusqu'aujourd'hui, est avantageusement combattue par un lavement avec 20 grammes de sulfate de soude. Ce remède donne lieu, dans la journée, à deux selles ne renfermant pas de matières fécales proprement dites, mais bien une certaine quantité de mucosités verdâtres et semblables à des herbes cuites. Cette couleur peut être attribuée à l'action du calomel,

Le 22 au matin. La nuit a été agitée, il y a eu un peu de délire, qui a laissé à sa suite un état comateux qui subsiste encore.

La peau est plus chaude, 104 pulsations, 26 respirations. Malgré la diète prolongée, le malade semble ne rien avoir perdu de ses forces (30 grammes de lait coupé édulcoré, deux cuillerées de bouillon, 10 grammes d'onguent mercuriel en frictions, 20 grammes de sulfate de soude en lavement.)

Dans la soirée, un peu de réaction se déclare, la figure pâle du malade s'anime, les pommettes sont colorées, le pouls est à 115, il y a eu une selle verdâtre renfermant des mucosités. (Un nouveau lavement avec 20 grammes de sulfate de soude.)

Le 23, pouls à 100, pommette gauche très-colorée, plus de toux, plus de céphalalgie ni de délire. Les vésicatoire suppurent. (20,0 d'huile de ricin, 10,0 d'onguent napolitain en frictions.)

Le 24, le pouls est toujours élevé, 105 pulsations, il y a du mieux cependant, car la douleur de tête n'a pas reparu et la respiration est plus calme. D'ailleurs, la nuit a été plus paisible, le malade a un peu dormi, et, pronostic favorable, la gaieté lui revient. 5 grammes d'huile de ricin amènent trois selles verdâtres. Les vésicatoires sont entretenus. On donne dans la journée environ 60 grammes de lait, un peu de cervelle. A huit heures du soir, le pouls tombe à 95.

Le 25, il y a mieux très-sensible. Henri a eu plusieurs heures de sommeil, le pouls est à 78. L'espèce d'éréthisme dans lequel se trouvait le patient commence à disparaître, la langue se nettoie. (Lavement avec 20 grammes de sulfate de soude, pansement des vésicatoires, les aliments sont augmentés.)

Le 26, le mieux persiste, la nuit a été bonne, 88 pulsations, l'appétit se fait sentir, la langue est humide, point rouge, mais le ventre est un peu douloureux. (40 grammes de cervelle, 150 grammes de lait.) Le vésicatoire du cuir chevelu se sèche.

Le soir, le malade est moins bien, il éprouve du malaise, des envies de vomir. Le pouls est monté à 95.

Le 27, le pouls est à 95. Comme la peau n'a point une chaleur sèche et anormale, nous regardons la fréquence des pulsations comme nerveuse, et nous employons, pour la diminuer, une augmentation dans les prescriptions alimentaires, qui consistent surtout en riz et en jus de viande. Le vésicatoire du cuir chevelu est entièrement sec.

Le 28, le malade est mieux, mais l'affection ne marche pas franchement vers la convalescence. L'artère radiale donne 90 pulsations. La langue est humide, mais recouverte à sa base d'un enduit pultacé. Les aliments sont un peu augmentés.

Le 1er mars, même état. (Frictions sur l'abdomen avec l'huile de croton.)

Le lendemain 2 mars, le malade entre en convalescence.

Nous avons lieu d'attribuer la guérison à l'emploi largement appliqué des frictions mercurielles. Quelques auteurs ont regardé l'état comateux comme un indice certain d'épanchement dans les méninges; c'est une erreur. On a pu remarquer dans l'observation concernant ce petit malade que l'état comateux s'est montré plusieurs fois pour disparaître et revenir encore; et cela dans un espace de temps beaucoup trop court, beaucoup trop limité pour qu'on puisse croire à une absorption et à un épanchement nouveau aussi rapides.

Un fait se rattache à l'histoire de cette maladie; il est assez intéressant pour être rapporté. La mère d'Henri... a été depuis son enfance sujette aux céphalalgies avec vomissements. Elle a, dit-elle, la sensation d'élancements dans l'intérieur de la tête, et celle d'une vessie pleine qui roulerait dans la boîte encéphalique.

Le père du malade fut pris au commencement du mois de février dernier de maux de tête violents accompagnés de vomissements. Quarante sangsues à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes firent disparaître ces accidents. La convalescence commençait à se déclarer lorsque les mêmes phénomènes se montrèrent chez son fils; ils font le sujet de l'observation. La domestique de la maison était elle-même couchée se plaignant d'une vive céphalalgie accompagnée de fièvre : état maladif qui se jugea par une angine franchement inflammatoire. Ces faits peuvent être à bon droit regardés comme le résultat d'une simple coïncidence; mais ce qui mérite d'être signalé est ce qui va suivre. La gravité des symptômes chez Henri ayant nécessité l'application d'un vésicatoire sur la région crânienne, je passai près d'une heure penché sur le lit du malade pour le raser. La longueur de l'opération, la fatigue, accompagnée d'une sueur abondante, déterminèrent chez moi un accablement considérable, et auquel succéda une céphalalgie frontale qui dura trois jours. Elle céda par l'application continue de réfrigérants sur la tête et l'ingestion d'un décigramme de tartre stibié. Je me hâte d'ajouter qu'il est excessivement rare que je me sente atteint de céphalalgie. Enfin, dans les premiers jours du mois de mars, la sœur du jeune malade fut prise à son tour d'une céphalalgie intense accompagnée de vomissements et de fièvre. Cette céphalalgie dura plusieurs jours; elle était le prélude d'une éruption scarlatineuse et miliaire qui guérit heureusement sous l'influence d'un traitement rationnel.

---

5. *Observation d'un singulier et nouveau phénomène d'acoustique perçu à distance chez un phthisique, et étudié à l'aide de l'auscultation médiate, laquelle a permis, pendant la vie, d'en assigner la véritable cause ;* communiquée par A. TOULMOUCHE, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, nº 28; 1849.)

Il est toujours difficile, en s'aidant du seul langage ou de la plume, de bien décrire une sensation simple. A plus forte raison court-on le risque d'être encore moins compris, lorsqu'il s'agit de faire connaître une modification du son. La diversité des noms successivement adoptés depuis Laennec jusqu'à l'époque actuelle, pour dénommer les râles ou bruits si variés qui se passent dans les bronches et le cœur, en fait suffisamment foi. On me pardonnera donc de préférer décrire la sensation que m'a fait éprouver le singulier phénomène d'acoustique que j'ai rencontré chez un phthisique, plutôt que de le désigner uniquement par un simple nom ; car lorsqu'on se sera fait une idée bien claire de la nature de ce son, et de la lésion qui le produit, on n'éprouvera peut-être aucune répugnance à accepter la dénomination de *bruit de balancier à distance* que je propose de lui donner, comme la plus propre à le caractériser d'une manière nette.

De même, en considérant la justesse du diagnostic énoncé sur la cause productive de ce dernier bruit pendant la vie, justesse qui a été confirmée par l'autopsie cadavérique, on ne pourra mettre en doute, j'ose l'espérer, l'existence de cette variété si singulière de son, comme signe univoque ou caractéristique de la présence d'un rétrécissement de l'aorte avec accolement de celle-ci aux parois d'une vaste caverne, en sorte que toutes les fois qu'il se présentera, on ne balancera aucunement à affirmer la réalité de cette double lésion. Je viens maintenant au fait.

OBS. — M. L..., âgé de 28 ans, atteint de phthisie pulmonaire, a offert, dans les derniers temps de sa maladie, un phénomène bien remarquable, que je crois n'avoir été noté par aucun des auteurs qui ont écrit sur l'auscultation médiate, et que probablement aucun praticien n'a rencontré.

Je tâcherai d'en donner une idée autant qu'il me sera possible.

Lorsqu'on était auprès et même à une certaine distance du patient, on entendait, à l'oreille nue, un bruit intense analogue à celui que fait le balancier de ces pendules de campagne ren-

fermées dans de longues boîtes en bois, lequel, indépendant de la respiration rhythmique, pouvait se compter aisément. Il était irrégulier comme le pouls, avec lequel il concordait. On aurait pu le noter aisément. Il était uniforme dans son timbre. Il incommodait beaucoup le malade par sa continuité.

Lorsqu'on se plaçait à l'extrémité la plus éloignée d'une pièce voisine de celle qu'occupait ce dernier on le percevait encore avec une grande intensité, et je ne doute aucunement que s'il m'eût été possible de m'éloigner encore davantage, je n'eusse continué à l'entendre.

Mon collègue M. Pinaut, qui était le médecin traitant et qui le premier avait été frappé de ce singulier effet d'acoustique, avait cru d'abord qu'il était dû au voisinage d'une pendule; mais bientôt désabusé par l'examen, et remarquant que M. L... une fois sorti de la chambre, il ne le percevait plus, fixa paticulièrement son attention sur ce phénomène insolite et s'arrêta à l'idée qu'il devait être produit par la percussion de la colonne du sang contre l'artère aorte peut-être rétrécie et par les battements de cette dernière contre les parois d'une vaste caverne du poumon correspondant, en partie pleine d'air, laquelle devait leur imprimer une résonnance inaccoutumée.

Voici ce que j'observai avec lui, en auscultant avec soin la poitrine du malade : Au sommet du poumon gauche, une large excavation tuberculeuse dont les limites inférieures répondaient à la distance d'un travers de main au-dessous de l'épine de l'omoplate, et dont la capacité fut jugée par nous capable de contenir le poing. Elle devait renfermer une certaine quantité d'air, car par moments, la respiration et la voix, malgré qu'elle fût soufflée par suite d'aphonie, y produisaient un souffle amphorique. La succussion que nous exerçâmes à plusieurs reprises ne nous donna aucun flot ou bruit annonçant une communication avec la plèvre. D'ailleurs, aucun symptôme de pleurésie pendant la vie n'était venu indiquer qu'il y eût eu déchirure de quelque point de circonférence de cette vaste caverne qui, néanmoins, devait contenir une certaine quantité de matière tuberculeuse ramollie.

Nous pensâmes que les parois de cette excavation devaient être minces, indurées, constituées par une enveloppe peu épaisse et de la dureté d'un fibro-cartilage. et que l'artère aorte, accolée à cette espèce de caisse en majeure partie remplie d'air et analogue à celles situées à la base des ailes de certains insectes et qui donne tant d'intensité au bruit produit par le frottement de celles-ci contre elle, devait être, par suite de la percussion que chaque systole du ventricule gauche du cœur imprimait à la co-

lonne de sang qu'elle contenait, la cause du bruit perçu à distance du malade, surtout si, comme nous le présumions, la lumière de ce vaisseau se trouvait rétrécie dans ce point. Nous pouvions d'autant moins en douter, que ce bruit était indépendant de celui de la respiration, qu'il était concordant avec celui du cœur, dont l'état fut trouvé normal, et avec celui du pouls, et qu'il en reproduisait identiquement les irrégularités rhythmiques.

Le malheureux qui fait le sujet de cette observation lutta encore six à huit jours contre la mort, quoiqu'il fût réduit à un état d'émaciation effrayant.

Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre sont venues confirmer la cause à laquelle nous avions attribué le phénomène d'acoustique si exceptionnel observé pendant la vie. En effet, le poumon gauche offrait çà et là à sa surface des adhérences celluleuses anciennes assez fortes ; cependant on parvint à l'enlever sans le déchirer, et en conservant intacts ses rapports avec le cœur et l'artère aorte. Voici quelle était leur disposition mutuelle. Ce dernier vaisseau, à l'endroit où sa crosse contournait la bronche gauche et au-dessous, était rétréci du tiers dans son diamètre, de même qu'un peu plus bas il était comprimé par un tissu tuberculeux induré, comme fibreux, adhérent à la colonne vertébrale et à la tête des côtes correspondantes. Il était en outre appliqué et adhèrent à la partie postéro-interne d'une vaste caverne qui occupait la moitié supérieure ou tout le lobe supérieur du poumon correspondant, et dont les parois épaisses, à peine de 2 lignes, étaient denses, constituées par la plèvre, doublée intérieurement d'une couche très-mince de tissu pulmonaire gris bleuâtre induré, tandis que sa large cavité anfractueuses ne renfermait, dans ses deux tiers supérieurs, que de l'air, et dans l'inférieur, de la matière tuberculeuse ramollie, presque liquide, d'un aspect puriforme, grisâtre, sale.

On apercevait, après l'avoir débarrassée de ce dernier, sur divers points de sa circonférence, les orifices assez grands de plusieurs tuyaux bronchiques faisant communiquer directement l'air extérieur avec celui qu'elle contenait.

Le cœur était dans l'état normal.

Le poumon droit offrait des adhérences générales anciennes tellement fortes à son sommet et à sa partie postérieure, qu'il se déchira dans ces points en l'enlevant ; en sorte qu'une partie d'une assez grande caverne, qui en occupait le lobe supérieur, y resta attachée. Tout le tissu de cet organe était infiltré de tubercules.

Il est assez singulier que le phénomène acoustique que je viens

de décrire ne se soit pas présenté à d'autres observateurs, si l'on considère que l'existence de vastes excavations tuberculeuses dans le poumon gauche, et par conséquent dans le voisinage de l'aorte, n'est pas rare. Il est probable que, pour qu'il ait lieu, il est nécessaire qu'il coexiste un rétrécissement du diamètre d'un point de ce vaisseau artériel, imprimant à la colonne de sang projetée un frottement plus considérable que de coutume et une caisse à parois plus ou moins élastiques remplie d'air, telle que l'offrait la caverne existante chez le phthisique L...., par laquelle le bruit de percussion soit centuplé d'intensité dans son retentissement.

Il y aurait donc, malgré les admirables travaux de Laennec, de MM. Andral. Bouillaud, etc., encore à glaner dans le champ de l'observation, par rapport à l'auscultation médiate ; car il n'appartient pas au même homme de tout voir, et souvent la hasard sert plus dans les sciences que les efforts les plus soutenus du génie. Les praticiens qu'il servira, sous ce rapport, doivent donc regarder comme un devoir sacré pour eux de consigner tous les cas exceptionnels qu'ils pourront rencontrer ; car ils deviendraient plus tard, réunis à d'autres, des matériaux précieux destinés à servir de base à des moyens nouveaux de diagnostic. C'est dans ce but que j'ai cru devoir faire connaître au public médical le phénomène d'acoustique ou signe nouveau pour la science qui fait le sujet de cette observation.

---

6. *Mémoire statistique et théorique sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées pendant les fièvres intermittentes ;* par M. F.-Aug. Durand (de Lunel), médecin ordinaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Gazette médicale de Paris, N° 25 ; 1849.)

1° Les influences atmosphériques propres à la saison chaude, surtout quand elles coïncident avec l'humidité des contrées marécageuses, ont à diminuer de longue main de tonicité de l'appareil vasculaire sanguin, et à réveiller d'autant l'excitabilité de l'appareil nerveux cérébro-spinal.

2° Les miasmes de nature végéto-animale, matières putrides à produits primitivement acides et électro-négatifs, ont à exercer directement la même action sédative sur tout le système sanguin, et par cela seul encore à favoriser l'excitabilité nerveuse. Par tout ceci se trouve pour le moins constituée l'imminence de la fièvre intermittente ; mais de plus, mis en contact avec le tissu de la rate, réservoir de sang spongieux et très-peu

impressionnable, les miasmes la font engorger passivement, et y subissent une certaine stase qui devient éminemment favorable à leur mouvement naturel de fermentation.

3° A un certain degré d'action des causes énumérées, l'accès peut avoir lieu, d'un côte, traduisant la sédation sanguine par réfroidissement général violent, et de l'autre, traduisant l'excitation cérébro-spinale par la vive et corte réaction qui suit le refroidissement et par divers phénomènes nerveux.

4° L'accès peut avoir lieu quelquefois dès l'introduction du miasme, c'est-à-dire sans que celui-ci se soit préalablement élaboré dans l'organisme, qu'il affecte alors d'emblée par une vive impression générale. Mais avant ou après un premier accès, ce miasme peut continuer et étendre son mouvement de fermentation dans tout le système sanguin et notamment dans la rate, et alors pouvoir provoquer; plus ou moins de temps après son introduction dans l'organisme, un premier ou de nouveaux accès.

5° Si la rate est infectée, tout mouvement d'expansion l'intéressant peut en chasser, en effet, de la matière infectieuse, et la répandre de là dans le reste des voies circulatoires pour y provoquer la modification morbide générale qui se révèle par l'accès.

6° En fait, les influences diurnes provoquent, dans l'économie en général et dans la rate en particulier un mouvement d'expansion, et c'est précisément pendant la durée de ces influences qu'ont généralement lieu les accès de fièvre.

7° Les moyens thérapeutiques les plus efficaces contre ces maladies sont et ont dû être, d'un côté, des médicaments toniques et antiseptiques, tels que le quinquina, les sels de quinine et les amers, et, de l'autre, des médicaments évacuants de la partie séreuse du sang, c'est-à-dire de la partie aqueuse de ce fluide qui tient en suspension les matières putrides introduites : tels sont les vomitifs, les purgatifs les laxatifs, les diaphorétiques, etc. Il faut, après une première série d'accès, fréquemment revenir à ces moyens médicateurs pour annihiler des germes infectieux qui persistent longtemps dans l'économie et notamment dans la rate engorgée, qui continuent à s'y élaborer, et qui dès lors tiennent sans cesse l'individu exposé à de nouvelles rechutes de fièvre.

En publiant cette théorie, il m'a semblé qu'elle répondait à la plupart des faits relatifs aux fièvres intermittentes, et de plus à la plupart des conceptions bibliographiques déjà produites à leur sujet. Mais si le passé de la science phyologique nous a

prouvé combien il faut se méfier des théories les plus séduisantes, j'ai dû me promettre, je le répète, après avoir publié la mienne, de la consolider subséquemment par tous les moyens que pourraient me fournir, dans ma carrière médicale, et l'expérience et l'observation. Voici donc de nouveaux faits ; je les enregistre et je les groupe, mais de plus, non content de cela, j'en recherche la causalité propre, et cela non-seulement pour leur trouver une nouvelle confirmation dans l'induction philosophique; mais encore pour remonter le plus haut possible dans la causalité même de l'intermittence des fièvres, ce qui est le but de mes efforts.

Ainsi je divise ce Mémoire en deux paragraphes, l'un clinique, sur lequel je fonde une statistique complète des faits d'observation relatifs aux oscillations nyctémérales du volume des rates engorgées ; l'autre théorique, relatif à la physiologie de ces mêmes faits.

§. I. — *Exposé des faits.* — On le sait, lorsque, dans ma théorie des fièvres intermittentes, j'ai pris mon point d'appui sur les statistiques médicales, j'ai invoqué celles de M. Maillot et de M. Finot concernant les heures du nyctéméron où apparaissent de préférence les accès, que M. R. Faure avait déjà annoncé se présenter presque constamment pendant le jour. Mais j'ai voulu vérifier par moi-même les faits annoncés par ces auteurs, et j'ai eu bientôt à produire le résultat de nombreuses observations les confirmant. J'ai vu, en effet, à Ténès, avec M. Eug. Leclerc, que, sur 1,545 cas réguliers de fièvre intermittente observés pendant le deuxième semestre de 1845, 1,195 cas présentaient leurs accès aux heures de jour, 119 cas aux heures de crépuscule et 231 cas aux heures de nuit ; ce qui établissait un rapport des accès diurnes aux accès nocturnes : : 5 : 1. Depuis lors plusieurs milliers d'autres cas que j'ai observés et notés sont venus de plus en plus confirmer, à mes yeux, l'importante loi découverte par M. R. Faure, loi que je crois, du reste, si parfaitement établie aujourd'hui que je ne fais simplement que la rappeler ici dans le but de ce Mémoire, m'abstenant de produire les résultats nouveaux de mon observation.

Après avoir fait ressortir ces faits de statistique j'en annonçai de nouveaux qui m'étaient entièrement propres, relatifs aux heures du nyctéméron où les rates engorgées pendant les fièvres intermittentes présentent leur *maximum* et leur *minimum* d'engorgement. D'après mes observations en Afrique, le *maximum* se présentait pendant la nuit et le *minimum* pendant le jour. Mais sur cette question, je n'avais ni étendu ni régularisé ma statistique, dans laquelle il fallait, selon moi, comprendre tous

les faits d'engorgement apparaissant dans mon service pendant les douze mois consécutifs d'une année ; on verra bientôt pourquoi : dès lors, pour des faits d'une pareille importance, d'une importance telle qu'ils devenaient des fondements matériels de ma doctrine des fièvres intermittentes, je n'ai pas hésité à m'assurer d'une complète vérification et je l'ai en effet terminée à l'hôpital militaire de Ténés, de manière à pourvoir émettre, sur les variations des engorgements spléniques, une statistique prête à répondre à toutes les circonstances périodiques naturelles des nyctémérons, des mois et des saisons.

Il s'agissait de constater jour par jour, et matin et soir, quel était le volume des rates, ou du moins la longueur de ces organes, quand ils étaient assez engorgés, à la suite d'accès de fièvre intermittente, pour dépasser par leur extrémité inférieure le bord inférieur du thorax. Eh bien ! depuis le 1re juin 1846 jusqu'au 31 mai 1847, j'ai mensuré l'organe splénique sur tous les malades de mon service qui m'ont présenté cette condition d'engorgement, et j'ai eu ainsi l'occasion de faire, après 4,552 opérations de mensuration, 2,176 comparaisons régulières entre les résultats obtenus le matin, de six à huit heures, et ceux obtenus le soir, de trois à quatre heures. Voici comment je procédais chaque fois.

Le malade étant couché sur le dos, mais un peu penchd sur le côté droit, la tête étant renversée, le bras gauche étant écarté du tronc et les jambes étant un peu fléchies, je m'assurais d'abord, par la palpation et palpation et par la plessimétrie du point de l'abdomen, jusqu'où s'étendait l'extrémité inférieure de la rate, en tenant compte de la direction souvent variable de cet organe, et je marquais ce point avec l'ongle ; cela fait, je m'assurais de la limite supérieure de l'organe, au moyen de la percussion plessimétrique, et je marquais encore ce point avec l'ongle ; enfin, je mesurais la distance des deux points marqués, au moyen d'un ruban gradué par centimètres et millimètres, et le résultat de la mensuration était immédiatement consigné sur les cahiers de visite par les chirurgiens sous-aides de service, avec la date du jour et les lettres M ou S, selon que l'observation était faite le matin ou le soir. Subséquemment, je n'ai eu qu'à transcrire, et puis qu'à grouper, en quinze tableaux comparatifs et proportionnels, portant 210 noms de malades, les résultats de toutes les observations journalières, pour former ma statistique, dont voici le résumé en un seul tableau.

	MOIS de l'année d'observation.	RÉSULTATS BRUTS COMPARÉS. Rates plus volumineuses le matin.	Rates plus volumineuses le soir	Rates égales matin et soir.	Sommes des comparaisons.	RÉSULTATS PROPORTIONNELS. Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.	Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.	Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.	Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.	Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.
Semestre d'été.	Avril. . . .	58	12	12	82	0,700	0,150	0,150	0,829	0,171
	Mai.	75	15	16	104	0,721	0,125	01,54	0,855	0,147
	Juin.	129	37	38	204	0,632	0,182	0,186	0,777	0,223
	Juillet. . . .	159	28	40	227	0,700	0,124	0,176	0,850	0,150
	Août.	217	36	35	286	0,759	0,126	0,115	0,858	0,142
	Septembre..	148	50	20	218	0,679	0,129	0,092	0,747	0,253
	Sommes des résultats bruts. . .	786	176	159	1121					
Résultats proportionnels généraux.	1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.					0,700				
	2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.						0,157			
	3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.							0,143		
	4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.								0,818	
	5° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.									0,183

	MOIS de l'année d'observation.	RÉSULTATS BRUTS COMPARÉS. Rates plus volumineuses le matin.	Rates plus volumineuses le soir.	Rates égales matin et soir.	Sommes des comparaisons.	RÉSULTATS PROPORTIONNELS. Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.	Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.	Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.	Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.	Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.
Semestre d'hiver.	Octobre. . .	245	58	23	326	0,752	0,178	0,070	0,800	0,200
	Novembre. .	191	57	36	284	0,673	0,200	0,127	0,700	0,230
	Décembre. .	129	46	25	200	0,645	0,230	0,125	0,737	0,263
	Janvier. . . .	46	21	12	79	0,582	0,266	0,152	0,686	0,314
	Février. . .	47	17	10	74	0,635	0,230	0,135	0,734	0,266
	Mars.	56	16	20	92	0,660	0,174	0,226	0,778	0,222
	Sommes des résultats bruts. . .	714	215	126	1055					
	Résultats proportionnels généraux. 1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.					0,676	———			
	2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.						0,204	———		
	3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.							0,120	———	
	4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses.								0,769	———
	5° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.									0,231
Année complète.	Sommes des résultats bruts. . .	1500	391	285	2176					
	Résultats proportionnels généraux. 1° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses et égales.					0,690	———			
	2° Rates plus volumineuses le soir aux rates moins volumineuses et égales.						0,204	———		
	3° Rates égales matin et soir aux rates plus et moins volumineuses.							0,120	———	
	4° Rates plus volumineuses le matin aux rates moins volumineuses								0,769	———
	5° Rates moins volumineuses le matin aux rates plus volumineuses.									0,231

On voit par ce tableau, d'une part, que, sur 2,176 cas de comparaisons faites dans l'année qui s'est écoulée entre le 1er juin 1846 et le 31 mai 1847, il s'est présenté 1,500 cas où la rate s'est trouvée plus volumineuse le matin que le soir, 391 cas où elle s'est présentée plus volumineuse le soir que le matin, et enfin 285 cas où elle s'est montrée d'un égal volume matin et soir ; d'où il est évident que pendant toute l'année les rates se trouvent en général plus volumineuses la matin que le soir, ou, si l'on veut, la nuit que le jour, et cela dans la proportion décimale des 0,793, ou bien dans la proportion simple des 4/5.

On voit, d'autre part, dans le même tableau, en séparant les résultats généraux de mensuration obtenus dans les deux semestres d'été et d'hiver, que, pendant le semestre d'été, les rates plus volumineuses le matin que le soir se montrent relativement plus nombreuses que pendant le semestre d'hiver, et cela dans le rapport des 0,817 aux 0,769.

Enfin si, dans ce tableau, on compare les résultats généraux obtenus dans chaque mois, il est facile de s'apercevoir que les mois les plus chauds de l'année sont en général ceux où les rates se montrent en plus grand nombre plus volumineuses le matin que le soir, de manière que, par exemple, au mois de janvier, époque du *minimum* des dégorgements diurnes, cette proportion n'est que de 0,686, tandis qu'elle est de 0,858 au mois d'août, époque du *maximum* de ces dégorgements, et que, du reste, l'ensemble des mois peut, sous ce rapport, être représenté dans cet ordre :

1° Août. . . .	0,858	4° Avril.	0,829
2° Mai.	0,853	5° Octobre. . . .	0,800
3° Juillet. . . .	0.850	6° Mars.	0,778
7° Juin. . . .	0,777	10° Décembre. . .	0,757
8° Novembre . .	0,770	11° Février. . . .	0,734
9° Septembre . .	0,747	12° Janvier. . . .	0,686

(*La suite à un prochain numéro.*)

7. *Observation de gangrène spontanée;* par le docteur Lucien Papillaud, médecin à Porto-Allègre (Brésil.)

(Gazette médicale de Paris, N° 28 ; 1849.)

Quand on définit la gangrène l'extinction de la vie dans des tissus ou des organes, on prend, à notre avis, l'effet pour la cause. Cette extinction de la vie, c'est la mortification, qui peut être le résultat de causes diverses, de causes pathologiques comme de causes physiques, de l'action d'agents septiques introduits dans l'économie, comme de l'action d'agents extérieurs

et simplement mécaniques. Si gangrène et mortification étaient une seule et même chose, quel nom donnerait-on au travail pathologique qui précède la mortification et par lequel elle s'établit, travail dont la durée varie de quelques heures à plusieurs septénaires, dont l'appareil se compose de phénomènes locaux tels que douleur ou insensibilité, tuméfaction de couleurs diverses, élévation ou abaissement de température et de phénomènes généraux, tels que fièvre, lipothymies, délire, etc. Tout cet appareil pathologique n'aurait pas de nom, et comme il cesse assez souvent par le fait de l'établissement de la mortification, il s'ensuivrait alors que l'existence de la maladie cesserait à son apparition. De deux choses l'une : cet acte pathologique est, par rapport à la mortification, ou cause ou effet ; s'il est cause, c'est lui qui est la maladie ; s'il est effet, il ne peut être antérieur à sa cause. Lorsqu'une gangrène déjà déclarée continue de faire des progrès, quand existent un ou plusieurs points gangrénés, et que d'autres portions de tissus encore sains vont subir le même sort, quelle dénomination, quelle classification portera l'état morbide qui liera le mal déjà accompli avec le mal en train de s'accomplir ? Y aura-t-il cessation de la maladie après la formation d'une escarre et récidive au commencement d'une autre, tandis que ces deux effets d'un même acte pathologique sont liés par des phénomènes continus, homogènes et de filiation identique ? Selon la définition que nous combattons, la gangrène c'est la mort ; mais la mort n'est pas une maladie.

Nous préférons la définition qui comprend par gangrène l'acte pathologique par lequel s'opère la mortification dans des tissus vivants et non séparés du corps.

La gangrène spontanée, qui semblerait devoir être une maladie locale par excellence, étant presque toujours l'effet de causes locales, peut-elle cependant être la manifestation d'une diathèse générale ? Peut-elle exister en puissance dans l'organisme avant de se produire en lésion dans un point quelconque ? Peut-elle menacer plusieurs points, à la fois ou successivement, avant de faire élection sur l'un d'eux ?

Ces questions nous paraissent résolues affirmativement par l'observation suivante.

Obs. — Un mulâtre de 30 à 40 ans, d'une forte constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, est pris tout à coup et sans cause connue de douleurs intenses avec léger gonflement siégeant à l'un des pieds. La face dorsale, celle plantaire, les deux latérales, l'articulation tibio-tarsienne, étaient également douloureuses et les mouvements presque impossibles ; il n'y avait

pas de réaction. Le jour suivant, appelé près du malade, nous ne nous trouvâmes pas suffisamment éclairé par la marche et les symptômes de la maladie pour porter un diagnostic, et en attendant, nous ordonnâmes d'appliquer vingt sangsues sur les faces dorsale et latérale du pied. Le lendemain, le malade était complétement délivré de ses douleurs et le pied à son état normal. Pour cette raison, il ne fut point fait de prescription.

Le jour suivant, nous sommes rappelé parce que pendant la nuit l'autre pied s'est pris à son tour des mêmes douleurs avec le même empâtement observés deux jours auparavant de l'autre côté. Dès lors nous diagnostiquons un rhumatisme, et renonçant à le suivre d'articulations en articulations par des saignées locales, nous prescrivons une saignée générale et l'iodure de potassium à l'intérieur. Vingt-quatre heures après, à notre visite suivante, nous apprenons que le patient avait éprouvé des douleurs de plus en plus violentes qui lui arrachaient des cris continuels. En entrant dans son alcôve, nous sentons l'odeur caractéristique de la gangrène, et en découvrant le membre affecté, nous trouvons le pied et la moitié inférieure de la jambe couverts de phlyctènes et profondément sillonnés par des fissures d'où sortait un ichor infect. Il ne restait plus d'autre ressource que l'amputation au tiers supérieur, opération qui fut pratiquée dès que la mortification fut complétement limitée, et qui heureusement n'emporta pas le malade. Ce sujet a continué depuis de jouir d'une santé parfaite.

Ce cas nous a fait faire de sérieuses réflexions, tant sur la marche insidieuse et si prompte de la maladie que le piége que son diagnostic réservait au praticien. Nous croyons que de plus habiles que nous y seraient tombés. Nous ne conservons aucun doute sur l'identité de nature des douleurs qui se firent sentir au pied primitivement affecté, et de celles qui apparurent vingt-quatre heures plus tard dans celui qui subit la mortification. Nous nous sommes demandé souvent si la saignée locale qui fut faite d'un côté y empêcha l'invasion de la gangrène, et si une pareille émission sanguine, pratiquée à l'autre pied, y aurait eu le même succès. Sans pouvoir démontrer pourquoi, nous penchons pour l'affirmative à l'égard de la première question; quant à la deuxième, nous restons dans le doute. Admettre que la gangrène a cédé à une application antiphlogistique, est-ce la reconnaître pour une phlegmasie ? Non; mais nous croyons volontiers que la forme inflammatoire fut, dans ce cas, le mode pathologique dont la gangrène se revêtit, et que, sous cette forme, elle céda localement aux antiphlogistiques. Ceci nous conduit à ad-

mettre : 1° qu'une maladie qui n'est pas encore à l'état de lésion, étant attaquée dans sa forme, peut par cela seul être ajournée quant à ses effets essentiels ; 2° qu'une maladie, encore non localisée, qui menace d'envahir un point de l'organisme, peut céder sur ce point à un développement local, sans que cette circonstance change rien à la nature intime de cette même affection, dont les effets pourront se reproduire ailleurs immédiatement, ou dans la même localité plus tard.

THÉRAPEUTIQUE. — 8. *Recherches sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire ;* par le docteur C.-J.-B. WILLAMS, professeur de pathologie interne au Collége de l'université de Londres, médecin consultant de l'hôpital pour la consomption, etc.

(Archives générales de médecine, juin 1849.)

OBS. I. — Un homme de 30 ans vint me consulter, le 6 août 1846 ; il toussait depuis six mois, expectorait des crachats abondants et opaques. Dans les derniers temps, il avait éprouvé de l'amaigrissement, de la perte des forces et de la gêne dans la respiration. Sueurs nocturnes abondantes, diarrhée de temps en temps ; pouls à 166, très-faible ; perte d'appétit. *Signes physiques :* matité au sommet des deux poumons, surtout du côté droit ; dans ce point et sous la clavicule, on percevait des râles caverneux très-marqués, une pectoriloquie imparfaite. Au-dessous, on entendait des râles muco-crépitants, et le murmure respiratoire était affaibli jusqu'au niveau de la quatrième côte en avant, et en arrière jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate. Du côté gauche, au-dessus et au-dessous de la clavicule, murmure respiratoire affaibli, mélangé de râle sous-crépitant. (Trois fois par jour, une cuillerée à café d'huile de foie de morue ; une pilule contenant du sulfate de cuivre, de la morphine et de la créosote ; frictions sur la poitrine tous les soirs, avec de l'acide acétique concentré, additionné d'un peu de teinture de cantharide ; régime nourrissant.) Ce traitement fut suivi avec persévérance par le malade, et fut seulement modifié en ce sens, que la dose d'huile de foie de morue fut portée à trois cuillerées à bouche par jour. Le 18 octobre, l'amélioration était considérable sous tous les rapports ; le malade avait gagné neuf livres en poids ; il pouvait faire chaque jour quatre ou cinq milles à pied, et courir sans difficulté ; toux et expectoration insignifiante, pouls à 90, plutôt de la constipation que de la diarrhée ; les bruits caverneux se percevaient encore au-dessous de la clavicule droite,

mais ils étaient secs, et la crépitation, que l'on entendait au sommet du poumon gauche, était maintenant remplacée par du murmure vésiculaire un peu rude ; diminution très-considérable dans la matité. (Même traitement ; un purgatif mercuriel de temps en temps). Le 8 février 1847, le malade continuait à gagner en embonpoint et en forces ; à peine y avait-il de la toux et de l'expectoration ; il prenait depuis assez longtemps 24 gr., d'huile de foie de morue, chaque jour ; les bruits caverneux existaient encore, mais bien moins distincts ; la matité avait aussi diminué ; du côté gauche, le murmure vésiculaire était parfaitement rétabli. Je n'ai pas vu ce malade depuis cette époque ; mais j'ai appris qu'il continue à jouir d'une bonne santé, et qu'il mène une vie très-active. Il prend encore l'huile de foie de morue, quoique d'une manière moins suivie, la toux s'étant reproduite dès qu'il a voulu en suspendre l'usage.

Obs. II. — Un homme de 56 ans, ancien marin, et comme tel, habitué à l'usage des boissons spiritueuses et fermentées, s'était aperçu, depuis un an, et malgré sa forte constitution, qu'il avait de la toux avec expectoration ; ces deux accidents étaient devenus de plus en plus persistants. L'expectoration, parfois sanglante, était maintenant mucoso-purulente. Depuis quelques mois, il avait perdu ses forces, et était presque constamment retenu au lit ; la face était altérée, l'appétit complétement perdu ; le pouls peu fréquent, mais faible ; sueurs abondantes pendant la nuit. Cet homme avait des signes de tuberculisation dans les deux poumons ; dans l'un d'eux, on percevait des bruits caverneux très-prononcés, avec matité et affaiblissement du murmure respiratoire à la circonférence ; foie augmenté de volume et sensible à la pression. Le même traitement fut prescrit que chez le premier malade ; les stimulants furent défendus, et lorsque je le revis, trois mois après, je le reconnus à peine : la face avait repris de l'embonpoint, la coloration était naturelle ; les forces étaient revenues avec l'appétit, et le malade avait gagné 40 livres en poids ; les sueurs nocturnes étaient suspendues depuis longtemps ; la toux et l'expectoration diminuées, mais toutefois fatigantes encore de temps en temps. Le changement dans l'état physique des pumons n'était pas en rapport avec l'amélioration de l'état général ; les bruits caverneux étaient encore très-prononcés ; la matité considérable, cependant le murmure vésiculaire commençait à se dégager, la crépitation était moindre. J'ai appris que ce malade était encore dans un état très-favorable un an après, mais je n'en ai pas entendu parler depuis.

Obs. III. — Un homme de 28 ans, né dans une famille qui

comptait plusieurs phthisiques, avait de la toux, de l'expectoration, depuis plusieurs semaines, lorsque, au commencement de 1846, et à la suite d'un travail assidu, il s'aperçut d'une diminution dans les forces et d'un changement défavorable dans sa santé générale ; vers le milieu de l'été, la toux et l'expectoration devinrent continuelles, et furent bientôt suivies de sueurs nocturnes. Lorsqu'il vint me consulter, vers la fin de septembre, le pouls était faible, à 80 : la face pâle et un peu jaunâtre, les pommettes plaquées de rouge ; matité, absence de murmure vésiculaire, crépitation humide, depuis la seconde côte jusqu'à l'omoplate du côté gauche, expiration soufflante dans les deux régions sus-épineuses, foie volumineux et sensible à la pression. (Mixture contenant de l'iodure de potassium et de l'acide nitrique ; liniment rubéfiant sur la poitrine et sur les hypochondres.) Sous l'influence de ce traitement, et en un mois, la toux et l'expectoration diminuèrent considérablement ; les sueurs cessèrent, le foie perdit sa sensibilité, la santé générale s'améliora ; mais l'amaigrissement et les signes physiques persistaient. Je prescrivis alors l'huile de foie de morue, que le malade supporta assez bien, et dont il prit bientôt 15 grammes chaque jours. Dix jours après, la crépitation humide avait presque entièrement disparu au sommet du poumon gauche ; on n'entendait plus que quelques bulles de râle muqueux, dans une grande inspiration ; la matité et l'expiration soufflante persistaient. Je conseillai au malade d'aller passer l'hiver à Naples, et de continuer l'usage de l'huile de foie de morue et des rubéfiants. Il se rendit à mes conseils, et s'en trouva si bien, sous tous les rapports, qu'avant la fin de l'hiver, il quitta Naples pour se rendre à Rome, où il eut l'imprudence de visiter tous les monuments. Dans cette visite, il prit froid, et eut une légère hémoptysie. On lui conseilla de discontinuer l'huile de foie de morue. Il se rendit alors à Florence, où il se trouva mieux, et où, à raison de son état de faiblesse, on lui fit prendre de l'iodure de fer. Lorsque je le revis, le 8 juin 1847, je le trouvai assez maigre, et se plaignant d'une grande faiblesse, avec toux, perte d'appétit, expectoration muco-purulente abondante. La maladie avait fait des progrès dans le poumon gauche ; il y avait maintenant du gargouillement au-dessus de la clavicule correspondante ; la matité et la crépitation humide étaient plus étendues qu'auparavant ; enfin l'expiration soufflante était distincte au niveau de l'omoplate droit, et le murmure vésiculaire un peu rude sous la clavicule du même côté. Je prescrivis de nouveau l'huile de foie de morue. Depuis cette époque, le malade n'en a pas cessé l'usage. Le 27 août, il

avait déjà beaucoup gagné en force, en embonpoint, en appétit ; mais la toux persistait, et le malade rendait, chaque jour, près d'une once de crachats purulents. Les bruits caverneux humides du poumon gauche avaient fait place à la pectoriloquie et à du souffle caverneux ; il y avait encore de la matité et de l'absence de respiration, jusqu'à le seconde côte en avant, et jusqu'au milieu de l'omoplate en arrière. Du côté droit, les bruits étaient normaux. J'ai vu bien souvent ce malade depuis, et j'ai trouvé chez lui la preuve d'une amélioration graduelle dans l'affection tuberculeuse des poumons. Quand je considère la délicatesse de sa constitution et la rapidité avec laquelle la phthisie avait parcouru ses périodes chez les autres membres de sa famille, quand je vois que depuis deux ans, la vie se prolonge dans des conditions assez favorables, et lorsque j'osais lui promettre à peine quelques mois de vie, il m'est impossible de ne pas admettre que l'huile de foie de morue ait exercé sur son état une action favorable, je dirai même inespérée.

Obs. IV. — Une demoiselle de 19 ans, dont le frère était mort phthisique au même âge, vint me consulter, au mois de de janvier 1846 ; treize mois auparavant, après avoir été prise du froid, elle avait été affectée d'une toux qui s'était aggravée le printemps suivant, et dans le cours de laquelle elle avait craché un peu de sang ; pendant la chaleur de l'été, elle s'était un peu mieux portée, mais les trois derniers mois avaient été marqués par une aggravation des accidents : toux fréquente; expectoration abondante, verdâtre ; perte de l'appétit et de l'embonpoint, sueurs nocturnes, suppression des menstrues. Les signes physiques consistaient dans la matité, de l'absence des murmures respiratoires, avec de la crépitation humide sous la clavicule gauche, un peu de gargouillement et de la pectoriloquie imparfaite dans la fosse sus-épineuse du même côté; le bruit respiratoire était obscur au niveau de l'omoplate droit. D'après mon conseil, cette jeune personne alla habiter immédiatement Torquay : là, sous la direction de MM. Battersby et Madden, elle prit de l'huile de foie de morue, qui lui rendit immédiatement l'appétit, un peu plus tard les forces et l'embonpoint, et qui fit disparaître presque entièrement la toux et l'expectoration. Lorsque je la revis, au mois de mai, je la trouvai parfaitement bien : elle avait repris sa coloration, le pouls était bon, les règles régulières. Cependant, en l'examinant, je trouvai encore beaucoup de matité à la partie supérieure du poumon gauche, surtout en arrière, et au-dessus de l'épine de l'omoplate, où, dans l'inspiration profonde, j'entendis des craquements. Le murmure vési-

culaire était faible, et l'expiration un peu soufflante. Je ne pus la convaincre qu'elle n'était pas encore parfaitement rétablie ; et malgré mes avis, elle voulut se marier. Je ne la revis qu'au printemps suivant (1848). J'appris qu'elle s'était assez bien portée jusqu'à cette époque, désirant avoir un enfant, elle avait consulté un chirurgien qui l'avait traitée pour une prétendue maladie du foie, et qui lui avait donné de petites doses de pilules bleues, avait fait appliquer de temps en temps des sangsues, et qui l'avait mise à un régime sévère. Sous l'influence de ce traitement, comme on eût dû s'y attendre, les forces tombèrent bientôt, il survint de l'amaigrissement, la toux reparut avec une abondante expectoration mucoso-purulente, et avec elle les sueurs, l'inappétence, etc., comme aux plus mauvais jours de la maladie. Lorsque je la revis, je la trouvai au lit ; le pouls était faible, à 120; la langue était charpée, et je reconnus tous les symptômes de la fièvre hectique. La maladie avait fait de grands progrès dans le poumon gauche, son sommet était creusé d'une large cavité ; la partie inférieure, mate à la percussion et imperméable à l'air, faisait percevoir un peu de crépitation humide ; respiration tubaire dans la région sus-scapulaire droite ; murmure vésiculaire rude, avec commencement de crépitation sous la clavicule du même côté. Malgré l'état si grave de cette malade, je crus devoir revenir à l'huile de foie de morue, et je prescrivis de reprendre, autant que possible, une alimentation substantielle. Contre mon attente, l'amélioration fut si rapide que, quinze jours après, la malade put remonter les escaliers ; l'appétit avait reparu, les forces étaient revenues dans une certaine limite, le pouls était tombé à 90, l'expectoration et la toux avaient diminué de beaucoup. Les signes physiques avaient malheureusement peu changé; seulement les bruits caverneux étaient plus secs et la matité un peu moindre. L'amélioration continua et fit des progrès pendant les mois d'été, si bien que la malade put sortir tous les jours; elle en profita pour commettre la grave imprudence de passer une soirée dans un jardin public; elle prit du froid, et fut atteinte immédiatement d'une pleurésie aiguë du côté droit. L'épanchement qui comprimait le poumon sain donna lieu à des accès de dyspnée effroyables. Grâce à un traitement antiphlogistique, ces accidents furent conjurés, et dix jours après elle pouvait reprendre l'huile de foie de morue et l'alimentation. Malheureusement après des atteintes si multipliées et quand la constitution a autant souffert, il est bien à craindre que la maladie triomphe des efforts de la nature et de l'art.

Obs. V. — Un homme de 25 ans, toussant depuis plus de trois mois, ayant depuis six semaines une abondante expectoration purulente, des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement, me fit appeler le 28 mai 1847. Respiration courte, pouls fréquent et faible ; matité considérable du côté gauche du thorax, surtout au niveau de la quatrième côte, où la percussion déterminait un bruit de pot fêlé, où l'on entendait de gros râles caverneux ; expiration soufflante dans la région inter-scapulaire droite. Je prescrivis l'huile de foie de morue et un liniment avec de l'acide acétique concentré et du chlorate de potasse. Le 11 août, après avoir continué son traitement plus de deux mois et demi, le changement qui s'était produit en ce jeune homme était des plus remarquables ; l'embonpoint et les forces avaient reparu, la face exprimait de la santé, le malade ne toussait que deux ou trois fois par jour, et il expectorait autant de crachats jaunâtres ; expectoration courte ; persistance de la matité, avec absence de murmures vésiculaires jusqu'à la quatrième côte ; bruits caverneux moins distincts, et consistant en une espèce d'ébullition lorsque le malade parlait ou toussait ; persistance de l'expiration tubaire à la racine du poumon droit. Je n'ai pas revu ce jeune homme ; mais j'ai appris de son frère que, depuis quinze mois, il continuait à se bien porter, et qu'il avait pu reprendre ses occupations.

Obs. VI. — Une demoiselle de 28 ans, née de parents phthisiques, avait un peu de toux, lorsqu'elle alla prendre quelques bains froids dans l'été de 1846. A la suite, elle eut un engorgement ganglionnaire du cou, qui lui dura deux mois. Au mois de mars 1847, éruption de purpura ; cette éruption disparut, la toux revint plus fatigante ; les forces et l'embonpoint déclinèrent notablement, son état s'aggrava beaucoup dans les mois de juillet et d'août : toux incessante, brièveté de la respiration, fièvre le soir, transpiration la nuit, dégoût des aliments, amaigrissement rapide. Lorsque je fus appelé auprès d'elle, le 3 septembre, elle avait eu, quelques jours auparavant, une hémoptysie qui paraissait l'avoir soulagée. Je la trouvai très amaigrie, très-faible, le pouls fréquent, filiforme ; matité complète dans plus de la moitié supérieure du poumon gauche avec mélange de râles à grosses bulles et pectoriloquie ; au-dessous, moins de matité, seulement de la crépitation humide ; respiration faible et crépitation humide au-dessous de la clavicule droite ; expiration tubaire à l'origine du poumon droit. L'état de cette malade me parut si désespéré, et l'état de l'estomac si peu rassurant, que je n'osais prescrire l'huile de foie de morue. Cependant,

voyant que tout allait de mal en pis, je m'y décidai, pensant bien que, avant quelques semaines, on viendrait m'annoncer la mort de cette malade. Je n'en entendis pas parler pendant deux mois, lorsque sa sœur vint me consulter, et à ma grande surprise, m'apprit que non-seulement elle était vivante, mais encore qu'elle avait beaucoup repris et qu'elle ne se plaignait d'autre chose que d'une faim insatiable. Ce rétablissement inattendu de l'appétit avait suivi les premières doses de l'huile de foie de morue, bientôt la fièvre hectique, la toux, la transpiration et l'expectoration, diminuèrent rapidement. Au mois de janvier 1848, elle me fit appeler, non pas à cause de nouveaux accidents (car jamais elle n'avait été mieux portante), mais parce qu'elle était étonnée de ne pas voir reparaître ses règles. J'eus peine à la reconnaître, tant elle était changée à son avantage, le pouls était à 80, modérément fort, la langue humide, les signes physiques étaient loin d'avoir suivi une modification semblable : la matité et les bruits caverneux persistaient dans la moitié supérieure du poumon gauche, mais les râles étaient beaucoup moins humides. La crépitation des parties inférieures de ce poumon était remplacée par de la rudesse dans le murmure respiratoire ; l'expiration tubaire existait encore dans la région inter-scapulaire droite ; mais sous la clavicule du même côté, le bruit respiratoire était sec et clair. Enfin ce qui manquait à la santé générale, la menstruation, reparut quelques semaines après, sous l'influence des pilules aloétiques. J'ai revu cette malade, au commencement du mois de novembre 1848, elle continuait à se bien porter, et n'avait conservé de sa maladie qu'un peu de toux, un peu de gêne de la respiration, mais seulement lorsqu'elle prenait de l'exercice. La sonorité et les bruits respiratoires étaient rétablis du côté gauche, jusqu'au niveau de la deuxième côte, en avant, et jusqu'au milieu du speculum, en arrière. Au-dessus il y avait de la matité et des bruits caverneux secs ; affaiblissement des parois thoraciques au-dessus et au-dessous de la clavicule ; expiration tubaire dans la région scapulaire droite, moins intense qu'auparavant. La malade continue l'emploi de l'huile de morue, deux ou trois fois par jour.

Obs. VII. — Une demoiselle de 26 ans, d'une santé faible et dilicate, ayant un frère et deux sœurs morts phthisiques, avait un peu de toux, depuis six mois. Dans le courant d'août 1847, elle eut une hémoptysie de 12 onces de sang. Appelé près d'elle, le 11 septembre 1847, j'appris que cette hémoptysie s'était reproduite quatre jours auparavant, en l'absence des règles ; pouls fréquent et faible, pas de chaleur à la peau, matité considérable

de la partie supérieure du poumon gauche, crépitation humide au-dessous de la clavicule correspondante, respiration soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses du même côté, expiration tubaire sous l'omoplate droit. (Sangsues et ventouses sous la clavicule gauche ; potion avec acide nitrique et hydrocyanique et jusquiame ; frictions d'acide acétique et de teinture de cantharides sur la poitrine.) Un mois après, l'hémoptysie n'avait pas reparu, mais l'expectoration était abondante et purulente, la toux persistait ; il y avait de la fièvre hectique, avec sueurs nocturnes et amaigrissement rapide ; cavernes dans le poumon. La malade fut mise à l'usage de l'huile de foie de morue ; mais elle la supporta difficilement. Lorsque je la revis (trois ou quatre semaines après), je trouvai que la maladie avait fait beaucoup de progrès ; la caverne et la matité s'étaient étendues. J'engageai la malade, qui ne prenait qu'une cuillerée à café d'huile, à en prendre même dose trois fois par jour, et pour la lui rendre plus supportable, je la lui fis prendre dans une infusion composée d'écorce d'orange avec un peu d'acide hydrocyanique. A partir de ce moment, l'amélioration fut manifeste et progressive, quoique plus lente que dans le cas précédent. Au mois d'avril, les règles reparurent ; la malade avait regagné son embonpoint, que la toux et l'expectoration persistaient encore. Les signes de l'excavation se retrouvaient, mais dans des limites plus étroites et avec un son plus clair à la percussion, et une respiration vésiculaire plus nette. L'omélioration s'est maintenue en ce qui touche les symptômes de la phthisie pulmonaire ; mais depuis, cette demoiselle a éprouvé des troubles de l'intelligence, qui font craindre le développement d'une aliénation mentale, à laquelle sa famille est fortement prédisposée.

Obs. VIII. — Un homme de 25 ans, menant une existence assez agitée, ayant eu la syphilis, pour laquelle il avait été traité par les mercuriaux pendant trois mois, eut, au mois d'avril 1847, une éruption à la peau, pour laquelle il prit de l'iodure de potassium. A cette époque, il avait déjà un peu de toux ; et lorsque l'éruption fut guérie, la toux augmenta, et elle a continué depuis avec une expectoration verdâtre ou jaunâtre opaque. Lorsqu'il vint me consulter, le 13 septembre 1847, il avait, depuis deux mois, de l'amaigrissement et des sueurs nocturnes ; les forces et la respiration allaient chaque jour déclinant. En l'examinant, je découvris de la gêne dans les mouvements, et une matité presque complète dans la partie antérieure du côté gauche de la poitrine, jusqu'au mamelon. A un pouce au-dessus, il y avait un gargouillement très-intense ; tout autour du râle

crépitant, sans murmure vésiculaire : dans les portions inférieures du poumon, la respiration était faible, avec un peu de râle sous-crépitant ; voix et respiration tubaires dans les espaces interscapulaires. (Huile de foie de morue à dose croissante, liniment rubéfiant, électuaire de confection de séné, avec sulfate de potasse, soufre et sirop de mûres.) Le malade exécuta ponctuellement cette prescription. Dix jours après, il était mieux : la force était revenue, les sueurs avaient cessé, l'expectoration et la toux étaient moindres. Le gargouillement était moins liquide la pectoriloquie et la respiration caverneuse persistaient ainsi que la matité. Je l'engageai à venir passer l'hiver à Torquay. Il le fit. Lorsque je le revis, le 26 mai 1848, il avait l'air parfaitement bien portant ; il sortait et montait à cheval tous les jours. La respiration était seulement un peu courte, et il y avait un peu de toux le matin, avec une expectoration jaunâtre. Depuis deux ou trois jours, les crachats étaient un peu teints de sang. C'était même pour cela qu'on m'avait fait appeler. Je trouvai de la matité et des bruits caverneux secs dans le côté gauche de la poitrine, mais limités à un espace compris entre un pouce au-dessus et un pouce au-dessous de la clavicule. Partout ailleurs, la sonorité et la respiration étaient normales sans crépitation. Les bruits tubaires des régions scapulaires étaient fortement diminués. Je l'ai revu le 18 octobre suivant : il était parfaitement bien, les forces et la resration étaient revenues ce qu'elles étaient avant la maladie. Depuis deux mois, il avait quitté l'usage de l'huile ; matité du sommet gauche fortement diminuée, plus de bruits caverneux. Seulement un peu de souffle et de bronchophonie étouffés, dans le creux sus-claviculaire, mélangés de murmures vésiculaires. Tout fait croire que ce malade est parfaitement rétabli ; mais, par mesure de précaution, je l'ai engagé à aller passer l'hiver à Torquay.

J'ai choisi ces observations parmi les cas de phthisie au troisième degré, parce que ce sont ceux sur lesquels la médecine paraît n'avoir jusqu'ici nulle prise ; mais j'ai employé également l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire au premier et au second degré.

Sur les 234 malades dont j'ai parlé plus haut, 9 seulement n'ont pu supporter cet agent thérapeutique et ont été forcés d'y renoncer ; chez 19 autres, son administration a été sans aucun résultat appréciable ; mais chez le plus grand nombre (206 sur 234), j'ai pu en observer les effets les plus avantageux et les plus tranchés : tantôt j'ai obtenu un arrêt momentané dans la marche de la maladie, et tantôt j'ai observé, dans les symptômes les plus

inquiétants, une modification si favorable que les malades semblaient presque complétement revenus à la santé. Les faits de cette dernière espèce, c'est-à-dire ceux dans lesquels j'ai obtenu une amélioration remarquable et persistante, sont au nombre de près de 100. Presque tous ont été observés dans la seconde période de la maladie, c'est-à-dire lorsque les tubercules commençaient à se ramollir, lorsque les bruits respiratoires étaient notablement affaiblis, les mouvements de la poitrine incomplets, la matité prononcée dans les régions sus et sous-claviculaires ou scapulaires, enfin lorsque l'auscultation faisait percevoir des râles muqueux et crépitants au sommet des poumons, de la respiration soufflante, de la résonnance de la voix, dans les mêmes points. La plupart de ces malades avaient de la toux depuis plusieurs mois, expectoraient des crachats mucoso-purulents, opaques, jaunâtres ou verdâtres, et avaient déjà éprouvé dans leur coloration, dans leur embonpoint et dans leur respiration, des changements de nature à exciter des alarmes et à leur faire réclamer les secours de l'art; plusieurs d'entre eux avaient des sueurs nocturnes de temps en temps; un certain nombre avait eu des hémoptysies au début.

Les effets de l'huile de foie de morue furent des plus remarquables dans les cas que je viens de citer : en quelques jours, la toux perdait de son intensité, l'expectoration diminuait de quantité et d'opacité; les sueurs nocturnes se suspendaient; le pouls se ralentissait et prenait plus de volume ; enfin l'appétit, les forces, l'embonpoint, revenaient de jour en jour. En fait de signes physiques, le premier changement qui se manifestait consistait en une diminution et une cessation graduelle de la crépitation : le murmure vésiculaire devenait plus sec et plus clair ; mais la matité et le caractère soufflant de la respiration, ainsi que la résonnance de la voix, persistaient beaucoup plus longtemps ; il était rare de voir ces phénomènes diminuer notablement avant plusieurs semaines de l'emploi de l'huile, joint à l'usage continué des révulsifs sur la peau. Les bruits tubaires semblaient prendre une plus grande intensité, après la disparition de la crépitation, laquelle, dans la phthisie comme dans la pneumonie, masque les signes de l'induration pulmonaire. J'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs malades en traitement, à des intervalles d'un mois à six semaines, et j'ai pu m'assurer, au rétablissement du murmure vésiculaire et de la sonorité dans les points primitivement occupés, de la résolution graduelle de l'induration pulmonaire. Dans d'autres cas, dans lesquels la maladie avait une durée très-ancienne, le rétablissement n'a jamais été complet ; la santé

générale paraissait excellente, et les symptômes généraux de la maladie avaient complétement disparu, qu'il restait encore dans les bruits respiratoires et dans la résonnance de la poitrine des différences non douteuses entre les parties saines et les parties malades. Le plus souvent, on entendait encore du prolongement de l'expiration, avec un caractère plus ou moins tubaire, surtout à la racine du poumon du côté affecté. Une expérience de plusieurs années m'a appris que ces derniers signes, s'ils ne coïncidaient pas avec une matité très-prononcée, étaient loin de rien prouver contre la guérison : ils me paraissent tenir au froncement du tissu pulmonaire, seul ou joint à des adhérences pleurales, et à d'anciens dépôts dans les glandes bronchiques, altérations que l'on rencontre si souvent après la mort, chez des personnes qui n'ont jamais présenté le moindre symptôme des maladies de poitrine.

Comme on peut le penser, j'ai été consulté pour un grand nombre de phthisiques au premier degré, c'est-à-dire lorsque les tubercules étaient crus ou à l'état solide. J'ai fait grand usage, en ces cas, de l'huile de foie de morue, et j'en suis convaincu, avec des résultats très-satisfaisants. Il m'est impossible de fournir des chiffres à cet égard, n'ayant pu toujours suivre, avec un soin suffisant, les résultats du traitement. Les malades pour la plupart ne se considèrent pas comme assez gravement atteints pour se soumettre à des soins médicaux constants ; toutefois j'ai cru reconnaître que si l'huile de foie de morue exerce une influence favorable sur la toux et sur la fièvre qu'elle fait tomber, sur la force et sur l'embonpoint qu'elle améliore, ses résultats sont moins certains et moins rapides qu'à une période avancée de la maladie. Les signes physiques d'amélioration sont exactement les mêmes que ceux qui se produisent dans la seconde période après la disparition des râles humides. En réalité, le traitement par l'huile de foie de morue combinée aux révulsifs a pour résultat principal de faire rétrograder la phthisie du second degré (c'est-à-dire du ramollissement commençant) au premier (celui de la crudité des tubercules), dont la marche est plus lente, et qui peut rester longtemps stationnaire.

C'est surtout dans le troisième degré de la phthisie pulmonaire, lorsque, en outre des excavations du poumon, les forces semblent s'éteindre rapidement sous l'influence d'une abondante expectoration purulente, de la fièvre hectique, des sueurs nocturnes, de la diarrhée colliquative, etc., c'est, dis-je, dans cette troisième période, que j'ai vu les effets les plus merveilleux de l'huile de foie de morue. J'ai traité ainsi 62 malades : chez 34,

j'ai obtenu une amélioration qui s'est maintenue jusqu'au moment où j'écris ces lignes: chez onze autres, il y a eu amélioration pendant un certain temps; mais la maladie a fini par reprendre sa marche et par se terminer par la mort; enfin il en est 17 sur lesquels je n'ai pas de renseignements précis, j'ignore si l'amélioration aura persisté.

A quoi l'huile de foie de morue doit-elle cette propriété précieuse qu'elle possède contre la phthisie pulmonaire? Evidemment ce n'est pas à la présence de l'iode, comme on a voulu le dire, car cette dernière substance y est en quantité infinitésimale; et d'ailleurs, plusieurs des malades que j'ai traités par l'huile de foie de morue avaient été soumis, sans succès, à l'emploi de l'iode et de ses diverses préparations. Pour moi et pour ceux qui ont employé l'huile de foie de morue, il est incontestable que cette substance possède des qualités nutritives; les personnes qui en font usage ne tardent pas à prendre de l'embonpoint; mais ce n'est pas tout : le système musculaire gagne rapidement en force et en activité; les joues et les lèvres se colorent, preuve que les vaisseaux se remplissent d'un sang plus riche. Je n'ai fait faire qu'une seule fois l'analyse du sang, chez un phthisique qui avait été traité par l'huile de foie de morue. Ce liquide offrait une augmentation remarquable dans ses principes animaux, surtout dans l'albumine, dont la proportion était de 13 p. °/₀, presque double de ce qu'elle est à l'état normal. La proportion de graisse n'était pas notablement augmentée et celle de la fibrine (qui est généralement très-forte dans la phthisie) était considérablement diminuée.

Un des effets les plus remarquables de l'huile de foie de morue, dans quelques cas de phthisie au second et au troisième degré, ou dans la scrofule avec suppuration abondante, c'est de faire cesser rapidement les sueurs et autres symptômes de la fièvre hectique. On peut attribuer cette propriété à l'effet nutritif de l'huile; pour ma part, je pense qu'elle tient à une action particulière sur le travail suppuratif qui s'accomplit autour des cavernes ramollies et ulcérées. Quoi qu'il en soit de cette propriété, c'est un fait bien remarquable, que l'huile de foie de morue trouble rarement les fonctions de l'estomac, de l'intestin ou du foie. Les huiles végétales purgent pour la plupart; les huiles animales rancissent dans l'estomac, occasionnent des nausées, une supersécrétion biliaire et même la jaunisse. L'huile de foie de morue, au contraire, semble améliorer les fonctions digestives et réveiller sensiblement l'action du foie; de sorte que, sous son influence, j'ai vu nombre de fois se ré-

tablir l'appétit et les forces digestives, et les malades digérer sans difficulté des aliments abondants et variés, que leur estomac n'eût pu supporter même dans l'état de santé.

Il me reste quelques mots à dire sur l'administration du foie de morue. Si ce médicament n'a pas pris plus tôt sa place dans la thérapeutique usuelle, cela tient évidemment à l'odeur et au goût détestables de la variété d'huile que l'on employait, et à cette idée fausse que les huiles de foie de morue empyreumatiques possèdent seules des propriétés thérapeutiques. Pour moi, je n'emploie plus aujourd'hui qu'une huile parfaitement claire, transparente, sans goût, sans odeur, telle enfin qu'elle existe dans les cellules du foie de la morue, pendant la vie de l'animal; autrement dit, j'emploie une huile pour l'extraction de laquelle on ne se sert ni de la putréfaction ni de la chaleur (1).

Je prescris ordinairement l'huile de foie de morue à la dose d'une cuillerée, deux ou trois fois par jour. Je commence par une cuillerée à café; j'arrive graduellement jusqu'à une cuillerée à bouche, en consultant la tolérance de l'estomac. Je donne cette huile dans un liquide d'une odeur agréable, telle que l'infusion d'orange composée, additionnée d'un peu de teinture et de sirop d'orange. Dans quelques cas, je me suis bien trouvé d'avoir ajouté au véhicule quelques gouttes d'acide nitrique étendu d'eau. Autrement dit, le médecin doit faire tous ses efforts pour faire supporter le médicament, et pour éviter toute action désagréable sur l'estomac. Le meilleur moment pour administrer cette huile, c'est une heure ou deux après le repas : à ce moment, la digestion n'est pas encore terminée, et l'huile pénètre avec les matériaux alimentaires, sans donner lieu à des éructations désagréables, si communes lorsqu'on l'administre avant ou avec les repas.

En résumé, si de nouvelles observations et une expérience plus prolongée sont nécessaires pour déterminer définitivement les limites dans lesquelles l'huile de foie de morue exerce son influence sur la maladie tuberculeuse des poumons, on peut déjà

(1) Voici le mode de préparation de l'huile de foie de morue, donné par M. Williams : on n'emploie que des foies d'animaux morts depuis peu de temps; on choisit principalement ceux qui sont fermes et d'une couleur jaune pâle. On les réduit en pulpe, et on mélange celle-ci avec de l'eau à la température de 50° centigrades; on filtre, et après avoir laissé reposer, on décante l'huile qui surnage. On la porte à la température de 12 à 15° centigrades, et on filtre de nouveau. Toute cette opération doit être terminée en très-peu de temps et dans des vases clos, afin d'empêcher l'huile de rancir. Celle-ci doit être conservée dans des vases bien remplis, bien fermés, et dans un endroit frais. Après le refroidissement, on filtre de nouveau, afin de séparer la stéarine et la magarine qui se déposent.

poser en principe que l'huile de foie de morue pure et récente est plus utile dans le traitement de la phthisie pulmonaire que tous les agents médicaux ou diététiques employés jusqu'ici contre cette terrible maladie.

---

9. *Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications.*

(Suite : *voir* t. VII, juillet 1849, p. 45.)

(Gazette médicale de Paris, N° 21 ; 1849.)

Hospice de la Salpêtrière. — L'extrême gravité de l'épidémie, à l'hospice de la Salpêtrière, jointe à d'autres considérations d'une haute valeur, telles que le caractère spécial de l'établissement et des maladies qui y sont traitées, donnent une importance nouvelle à la thérapeutique suivie dans cet hospice. En effet, la Salpêtrière est l'établissement nosocomial le plus considérable de la capitale ; la population est une population à part, composée de vieillards, de sujets infirmes ou atteints d'affections chroniques, d'épilepsie, enfin d'aliénées ; en un mot, d'organisations dans les conditions de santé les plus fâcheuses.

Le nombre même des habitants de l'hospice, qui dépasse cinq mille, s'ajoute comme un nouvel élément de prédisposition, à tous ceux qui ont dû, tout inconnus qu'ils nous sont restés, favoriser le développement de la maladie. Et cependant la distribution des salles, très-sainement et commodément disposées, principalement dans les bâtiments neufs, où l'épidémie n'a pas fait moins de ravages que dans les anciennes salles, l'administration parfaite des services, et la composition du personnel médical, formé de praticiens connus depuis longtemps, et jouissant d'une considération justement méritée : toutes ces circonstances sont des neutralisants puissants qui auraient pu balancer jusqu'à un certain point les accidents déterminés par les conditions défavorables précédemment indiquées.

Ajoutons néanmoins que par sa position excentrique, en parfaite aération, l'étendue considérable des terrains qu'il occupe, l'hospice de la Salpêtrière ne saurait être considéré comme portant en lui-même les causes de l'épidémie grave dont il a été le théâtre. L'encombrement seul, et le très-grand nombre de malades joint à la classe spéciale des organisations détériorées des sujets, sont à nos yeux les conditions que l'on peut considérer, sans aucune contestation, comme ayant favorisé au moins le développement vraiment effrayant de l'épidémie.

Quoi qu'il en soit, le service médical est représenté, comme

nous l'avons déjà dit, par des médecins d'un vrai mérite et au courant des acquisitions les plus modernes de la science. Les doctrines qui les dirigent et les méthodes qu'ils ont employées, à quelques exceptions près que nous ferons connaître, n'offrent rien qui les caractérise comme systèmes ni comme méthodes spéciales. Ils offrent dans leur ensemble une même réunion de lumières, un même désir d'arriver à la connaissance de la vérité. Les médications mises en usage par ces praticiens, et qui se résument principalement, pour la plupart dans l'emploi des excitants, des astringents et des narcotiques, offrent tout au plus des nuances personnelles qui ressortiront de l'analyse à laquelle nous allons nous livrer.

Le caractère le plus général de leurs idées est de considérer le choléra au point de vue de l'observation comme une maladie *sui generis*, offrant des causes, des indications, des altérations spéciales et réclamant aussi un traitement spécial. Chacun d'eux a cherché a profiter des moindres résultats, pourvu qu'ils fussent établis par la science et l'expérience.

Les services de la Salpêtrière sont au nombre de huit. Nous passerons d'abord en revue les deux services de l'infirmerie où ont été traitées le plus grand nombre de cholériques, puis les services spéciaux, et enfin le service de chirurgie où il s'est manifesté aussi un assez grand nombre de cas.

Voici en quelques mots le résumé des diverses médications employées par les médecins qui les dirigent.

M. Natalis Guillot. — Au commencement de l'épidémie, M. Natalis Guillot a employé comme presque tous ses collègues de la Salpêtrière, les réchauffants et les excitants : bains d'air chaud, thé, punch, infusions aromatiques, etc. Il a bientôt renoncé à cette méthode, non qu'elle ne lui ait pas paru bonne et rationnelle au fond, mais dans l'espoir de trouver mieux si c'était possible. Nous reproduirons dans leur ordre chronologique les diverses médications qu'a successivement essayées M. Guillot, en faisant connaître au fur et à mesure les effets qu'il croit pouvoir leur attribuer.

Première médication. — Riz laudanisé, cataplasmes sur le ventre, lavements avec le diascordium ou le ratanhia, et préalablement bains d'air chaud dans les cas algides : telle est la méthode que M. Natalis Guillot a mise le plus souvent en usage. Elle lui a paru toujours suffire dans les cas ordinaires ou de moyenne intensité. Quelquefois même il s'en est tenu à une médication plus simple encore, aux cataplasmes sur le ventre et aux lavements d'eau de guimauve.

Mais pour les cas graves il a senti la nécessité de recourir à des moyens plus actifs ; ce sont ceux qui constituent la seconde médication.

Seconde médication. — Bains d'air chaud ; potion excitante composée comme il suit :

Julep	125 grammes.
Sulfite ammoniacal	2 —

A prendre une cuillerée toutes les dix minutes.

Un quart de lavement d'eau de guimauve avec 1 gramme de sulfite ammoniacal toutes les demi-heures, ou bien toutes les heures un grand lavement poussé avec force dans l'intestin et contenant 4 grammes de sulfite ammoniacal.

Toujours les cataplasmes sur le ventre.

M. Guillot dit s'être très-bien trouvé de l'usage du sulfite ammoniacal, qui lui a paru avoir le double avantage d'arrêter très-promptement la diarrhée et d'agir comme un puissant diaphorétique à la manière du sous-acétate d'ammoniaque. Voici sur quoi il s'est fondé pour adopter l'usage de ce médicament. S'il est vrai, comme quelques médecins inclinent à le croire, que le choléra soit le produit d'une sorte de fermentation , la première idée qui dut venir à l'esprit, était de recourir à l'emploi d'une substance capable d'arrêter la fermentation. Or le sulfite ammoniacal jouit précisément, à un très-haut degré, de cette propriété ; il suffit de le mêler à des doses extrêmement minimes, à un 10/000, par exemple, avec des substances fermentescibles, pour arrêter immédiatement la fermentation. Cette idée de l'emploi du sulfite ammoniacal lui a été communiquée par M. Pelouze qui a mis lui-même à sa disposition du sulfite préparé dans son laboratoire.

Troisième médication. — Pour satisfaire à la même idée, M. Guillot a essayé aussi dès le début de l'épidémie, les préparations mercurielles. Il a prescrit le calomel de la manière suivante :

Toutes les dix minutes il faisait prendre à chaque malade un paquet composé de

Calomel.	0,50 centigrammes.
Sucre.	2 grammes.

Deux heures ordinairement après l'administration successive de ces doses élevées de calomel, les gencives étaient bordées d'un liseré rouge ; on cessait l'emploi du médicament sitôt que ce signe apparaissait. Les malades pouvaient prendre ainsi jusqu'à 4 grammes de calomel en quelques heures. Les boissons d'eau de gomme ou de riz complétaient la médication. Son effet

le plus constant a été d'arrêter avec une extrême promptitude, presque immédiatement la diarrhée, sans même qu'il ait été nécessaire de recourir à l'emploi des lavements. M. Guillot en a retiré de très-bons résultats dans des cas très graves, considérés comme désespérés. Toutefois, cette médication ne lui a paru avoir quelques chances de succès que chez les personnes jeunes ; elle n'a eu aucun effet chez lez vieillards. La salivation n'a été intense que chez des personnes âgées de plus de 40 ans.

Ces doses de mercure ayant paru considérables, M. Guillot les a diminuées et remplacées par des doses de 1 décig. L'effet a été plus lent, mais l'action du calomel, quoique plus faible, a encore été utile.

Cette médication, du reste, comme tout le monde le sait, n'est pas nouvelle ; elle est empruntée aux médecins anglais, et notamment à Anesley, qui en a fait usage en 1831.

M. Guillot a eu recours aussi, dans quelques cas, aux lavements mercuriels, composés avec de l'onguent mercuriel à la dose de 1 gramme émulsionné avec l'eau de guimauve. Ces lavements ont produit d'excellents effets contre la diarrhée.

Les émissions sanguines, soit générales, soit locales, à l'épigastre, les ventouses scarifiées sur le ventre et derrière les oreilles, ont été quelquefois employées, mais seulement à titre d'adjuvants, chez les personnes pléthoriques, robustes, et dans les cas de congestions cérébrales, qui ont été observées d'ailleurs assez fréquemment.

Les bains ont également paru des moyens adjuvants très-utiles, moins dans la période algide qu'au commencement de la période de réaction. On a employé des bains sinapisés, sans trop de résultats dans la période algide. Au commencement de la période de réaction, c'étaient les bains savonneux qui étaient le plus souvent employés.

En résumé, il n'a pas paru à M. Guillot que l'on pût proposer une médication d'une manière générale dans le choléra ; il pense que les indications générales peuvent rendre utiles certains ordres de moyens qui, bien que différents en apparence, produisent en définitive le même résultat. Ainsi toutes les médications qui ont été employées dans son service, quelque variées qu'elles aient été, ont toujours tendu au même but, réchauffer les malades, provoquer la réaction, arrêter la diarrhée et les vomissements. Ce qui est le plus important à ses yeux, c'est la continuité des soins ; la présence constante des médecins auprès des malades, si elle était possible, leur permettrait de saisir certains indices à l'aide desquels toute médication pourrait être

très-heureusement modifiée à l'avantage des malades. Ainsi certaines saignées faites précisément au moment de la réapparition du pouls, soit à l'anus, soit à la veine, lui ont paru produire des effets excellents dans des cas où quelques instants auparavant on n'eût pas même songé à les prescrire. Telles diarrhées, par exemple, qui avaient opiniâtrement résisté aux lavements de ratanhia, ont cédé presque instantanément aux lavements d'onguent mercuriel, et *vice versâ*. Telles malades auxquelles on avait prescrit la tisane de riz laudanisée se trouvaient beaucoup mieux lorsqu'on la remplaçait par de l'eau de Seltz avec du sirop de groseilles ; telles autres qui n'avaient retiré aucun effet des médicaments, ont éprouvé une amélioration subite du moment où on les a plongées dans un bain.

En somme, l'efficacité du traitement du choléra, sauf la gravité extrême des cas, lui a paru dépendre surtout de la perspicacité du médecin et des inspirations qu'il a pu recueillir au lit du malade.

En général, les succès sont beaucoup plus nombreux actuellement qu'au commencement de l'épidemie ; la marche de la maladie est plus lente ainsi que celle de la convalescence.

Nous ne terminerons pas cet aperçu du service de M. Natalis Guillot sans mentionner une tentative qui n'a pas été sans quelque retentissement : nous voulons parler de l'essai de l'homœopathie.

Au commencement de l'épidémie, alors que les cas étaient d'une extrême gravité et presque tous mortels, l'administration des hôpitaux, sur une demande faite au ministre de l'intérieur, avait consulté une commission de médecins sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à faire quelques essais des traitements homœopathiques. La commission ayant répondu que l'homœopathie ne constituait pas un art spécial, qu'il n'y avait par conséquent ni à défendre ni à prescrire l'emploi des médicaments à telle ou telle dose, et qu'il était parfaitement licite aux chefs de service d'employer, sous leur responsabilité, telle méthode de traitement, tels médicaments, et à telles doses qu'il leur paraîtrait convenable. M. Guillot crut devoir, vu la gravité des circonstances, faire appel à l'homœopathie. Il pria un de ses confrères de venir administrer lui même les médicaments homœopathiques préconisés contre le choléra ; il soumit, sous sa responsabilité, à l'emploi de ces remèdes sept malades jugés par lui désespérés, et qui, suivant toutes les apparences, n'auraient retiré aucun résultat avantageux de l'emploi des médications ordinaires.

On administra successivement à ces malades, le même jour, l'arsenic, la noix vomique, le charbon et la brione, à la vingtième dilution. Le lendemain ces sept malades avaient péri. Les expériences ne furent pas poussées plus loin; elles parurent suffire pour prouver d'une part l'inefficacité du traitement, d'autre part la bonne volonté avec laquelle il eût été accueilli s'il s'était montré supérieur aux autres traitements. M. Natalis Guillot se plaît d'ailleurs à rendre hommage au zèle et au dévouement avec lequel son confrère s'est prêté à ces expériences.

Enfin, pour terminer la série des moyens mis en usage par ce médecin, nous mentionnerons seulement le haschisch et le chloroforme, dont les essais lui ont paru trop peu satisfaisants pour qu'il ait insisté.

M. Barth. — Trois ordres de moyens principaux ont été mis en usage dans le service de M. Barth, soit isolément, soit simultanément, suivant que les phénomènes auxquels chacun de ces moyens s'adresse, prédominaient à l'exclusion des autres, ou qu'ils se manifestaient en même temps et s'élevaient au même degré d'intensité. Ces moyens sont :

1° Contre les vomissements et la diarrhée, les astringents et les opiacés d'abord, si ces symptômes ont peu d'intensité (lavements laudanisés et la tisane de riz avec sirop de coing et laudanum). M. Barth employait à peu près exclusivement ce moyen au début de l'épidémie, soit contre la diarrhée prodromique simple, soit contre les évacuations qui se manifestent au début de la maladie. Mais n'ayant pas tardé à reconnaître l'insuffisance des opiacés, il a adopté depuis l'emploi du nitrate d'argent en potion contre les vomissements, et en lavements contre les évacuations alvines.

Le nitrate d'argent est prescrit, dans le premier cas, en potion, à la dose de 0,5 centigrammes dans 125 grammes d'eau distillée. Dans le second cas, il prescrit des lavements d'eau distillée contenant de 15 à 20 centigrammes de nitrate d'argent.

M. Barth a remarqué qu'en général la potion au nitrate d'argent était assez bien supportée, sauf quelques cas cependant où les malades l'ont rejetée immédiatement chaque fois qu'on a essayé de la leur administrer. Dans les cas les plus ordinaires, où la potion était supportée, elle a généralement arrêté les vomissements avec assez de promptitude.

Quant aux lavements, ils ne lui ont jamais paru avoir aucun inconvénient, et ils ont presque constamment réussi à arrêter la diarrhée, sinon le premier, tout au moins le second jour. Il a rarement été obligé de les continuer plus de deux jours.

Depuis qu'il a constaté l'efficacité de ce moyen, il a à peu près complétement renoncé aux lavements laudanisés, et il emploie à peu près constamment les lavements au nitrate d'argent, soit dès le début de la maladie, soit même contre la cholérine ou les simples diarrhées qui lui paraissent être sous l'influence de l'épidémie.

Bien que nous ayons constaté l'efficacité et la rapidité avec lesquelles les lavements au nitrate d'argent arrêtent la diarrhée dans la plupart des cas, nous devons ajouter toutefois qu'ils ne mettent pas toujours les malades à l'abri des récidives. Nous avons vu, entre autres malades chez qui la diarrhée s'était reproduite après qu'elles avaient quitté les salles de l'infirmerie comme convalescentes, une femme qui, traitée déjà deux fois par cette médication, est rentrée une troisième fois avec une diarrhée abondante, qu'il a fallu de nouveau combattre par le même moyen.

2° Dans la période algide, M. Barth a successivement eu recours à deux ordres de moyens qui lui ont paru devoir agir d'une manière spéciale sur l'état du sang. Ces moyens sont le haschisch et les préparations salines.

Il a administré le haschisch à l'état d'extrait alcoolique, à la dose de 15 centigr., suspendu à l'aide d'un jaune d'œuf dans une potion.

Quant au sel voici comment il l'a employé :

Il l'a donné en potion et en lavement.

La potion est composée comme suit :

Prenez :	Sel marin.	15 grammes.
	Sirop diacode.	30 —
	Eau de menthe.	30 —

Les lavements sont composés de 15 grammes de sel dans l'eau ordinaire.

Enfin, comme moyen d'exciter la réaction et d'agir sur les fonctions perspiratoires de la peau, M. Barth prescrit la potion diaphorétique suivante :

Prenez :	Eau de menthe.	30 grammes.
	Alcoolé de mélisse	30 —
	S.-acét. d'ammoniaque de. . . .	10 à 15 gr.
	Sirop d'écorce d'oranger. . . .	15 —
	Éther.	quelques gouttes.

Dans la réaction, M. Barth fait pratiquer, suivant l'indication, une ou plusieurs saignés et applique quelques révulsifs cutanés.

M. Falret. — M. Falret, après avoir essayé, dans la première période de l'épidémie, toutes les médications préconisées qui lui

paraissaient susceptibles de quelques chances de succès, telles que le punch, la glace, les bains sinapisés, etc., sans en avoir obtenu de résultats satisfaisants, s'est arrêté à la méthode suivante dont il avait déjà constaté les avantages lors de l'épidémie de 1832, tant à la Salpêtrière qu'au Grenier-d'Abondance, dont il partageait, à cette époque, le service avec M. Rostan.

Dans la *cholérine* ainsi que dans la *période prodromique* du choléra, lorsque les symptômes sont légers, M. Falret se borne à l'emploi de l'eau de riz ou des infusions aromatiques laudanisées et des lavements amidonnés. A un degré plus prononcé, il prescrit les lavements laudanisés.

Si ces premiers moyens ne suffisent pas pour arrêter la diarrhée, il conseille les lavements au ratanhia ; et, enfin, si elle résiste encore, les lavements au nitrate d'argent, à la dose de 15 centigrammes, auxquels il est rare qu'elle résiste. Dans quelques cas même où la diarrhée se montre dès le début avec une très grande intensité, il a recours d'emblée à ce dernier moyen.

Lorsque à la diarrhée se joignent des envies de vomir, il ajoute aux moyens qui précèdent l'usage de la potion de Rivière.

Si la maladie s'annonce avec une certaine intensité, que l'invasion du choléra, paraissant imminente, il juge nécessaire d'agir par un moyen perturbateur, il prescrit un vomitif, l'ipécacuanha, d'après la même indication qui fait recourir à l'emploi de ce moyen dans la dyssenterie. Il cherche enfin à réchauffer les malades, s'ils commencent à se refroidir, et pratique quelques évacuations sanguines s'il se manifeste des symptômes de congestion locale.

M. Falret a employé quelquefois, dans les mêmes circonstances, le calomel à la dose de 7 à 8 grammes (35 à 40 centigr.) et les cataplasmes émollients sur le bas-ventre. Ce dernier moyen, dont les bons effets ont été constatés par beaucoup de praticiens et par M. Falret lui-même, lorsque le ventre est le siége de douleurs plus ou moins vives, a été remplacé avec avantage, dans quelques cas, par l'application d'une sorte de bassinoire en cuivre, qui fait partie des appareils à fumigation employés dans les hôpitaux, remplie d'eau chaude. Cette bassinoire, promenée sur le ventre et portée alternativement sur tous les points douloureux, a été d'une grande efficacité pour faire cesser ces douleurs et ce sentiment si pénible de barre ou de constriction épigastrique que ressentent les malades. M. Falret nous a dit avoir eu beaucoup à se louer de l'emploi de ce moyen chez son fils qui en a éprouvé, chaque fois qu'on l'a mis en usage, un très-grand soulagement.

Dans le *choléra* confirmé, M. Falret emploie les mêmes moyens, ou du moins des moyens analogues, mais d'une manière plus active et plus persévérante, en raison de la plus grande intensité des symptômes. Ces moyens sont : les sinapismes promenés sur toutes les parties du corps ; les bains sinapisés ; quelquefois les boules d'eau chaude tout autour du corps et jusque autour du cou, immédiatement au-dessous de la tête, afin d'agir le plus près possible des centres nerveux ; les frictions sèches ou avec des liniments alcooliques aromatisés ; et enfin les potions éthérées ou des potions excitantes avec addition de sous-acétate d'ammoniaque, de 15 à 20 grammes, et de 20 à 25 gouttes de laudanum.

Tel est l'ensemble des moyens généraux qu'emploie M. Falret. Il emploie quelquefois, en outre, suivant les circonstances des moyens particuliers propres à remplir certaines indications spéciales.

Par exemple, il pratique parfois, dans la période cyanique, de petites saignées rapprochées de 1 à 2 onces, deux ou même trois fois dans la journée, pour donner en quelque sorte un coup de fouet à la circulation.

Pour combattre les vomissements, lorsque la potion de Rivière s'est montrée insuffisante, M. Falret a eu recours à une solution aqueuse de 5 centigr. de nitrate d'argent. Dans les vomissements persistants, les vésicatoires à l'ammoniaque ont mieux réussi que les potions en question.

La diarrhée a été combattue, comme la cholérine ou la diarrhée prodromique, par les lavements au ratanhia et par les lavements au nitrate d'argent, dans les cas les plus opiniâtres.

Les crampes ont été traitées par les frictions sèches, par les sinapismes, par les applications de compresses trempées dans le chloroforme et laissées en place pendant vingt minutes. Ce dernier moyen a réussi quelquefois à faire promptement cesser les crampes.

M. Falret a essayé deux fois le sesqui-chlorure de carbone au début de la période algide ; ce moyen lui a paru réussir très-bien dans un cas, c'était chez une personne jeune et aliénée ; la réaction, sous l'influence de ce médicament, a eu lieu avec une grande rapidité.

Dans la réaction, les saignées générales et locales, à l'anus ou aux environs de la tête, ont été mises en usage avec quelque avantage. On a donné des toniques, le vin de quinquina, pendant la convalescence ; on a été très-sobre d'alimentation.

Parmi les phénomènes critiques ou pouvant être considérés comme tels, M. Falret nous a signalé comme le plus commun

des sueurs copieuses; il a remarqué qu'en général l'abondance de ces sueurs était en rapport avec la dose de préparations opiacées qui avaient été prises par les malades; elles étaient très-abondantes, surtout à la suite de l'administration du laudanum.

Enfin, en ce qui concerne les boissons, M. Falret insiste beaucoup pour que les boissons soient données très-chaudes au début; mais sitôt que la soif devient vive et les vomissements répétés, il fait aussitôt cesser les boissons chaudes, que l'on remplace par la glace et l'eau de Seltz.

M. Falret nous a signalé comme une circonstance qui pourrait avoir quelque valeur si elle avait été également remarquée dans les autres services d'aliénées, que dans sa division les malades qui ont été atteintes dans la plus grande proportion, sont les aliénées mélancoliques avec dépression, les malades qui refusaient habituellement, avec plus ou moins d'obstination, les aliments, et enfin celles qui étaient depuis le plus long temps dans l'établissement.

M. Mitivié. — La période prodromique a, aux yeux de M. Mitivié comme aux yeux de tous ses collègues de la Salpêtrière d'ailleurs, une extrême importance. Aussi place-t-il en première ligne des moyens de traitement dans lesquels il a quelque confiance, ceux qui ont pour objet de combattre les phénomènes morbides qui précèdent ordinairement l'invasion du choléra, tels que la diarrhée, avec état saburral, céphalalgie, étourdissements, courbature, etc. Les moyens qu'il prescrit le plus volontiers, dans ce cas, sont les vomitifs ou même les émétò-cathartiques; il donne un ipécacuanha, suivi de l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz, ou même, si l'état saburral est très-prononcé, un éméto-cathartique proprement dit, c'est-à-dire le tartre stibié et le sulfate de soude. Dans quelques cas, il s'est bien trouvé de faire suivre l'éméto-cathartique d'une saignée. Cette pratique lui a quelquefois réussi à arrêter court des accidents très-sérieux qui, suivant toutes les apparences, n'eussent pas tardé à dégénérer en choléra grave.

Quant au traitement du choléra confirmé, voici, suivant l'ordre des principaux phénomènes, de quoi il se compose dans la division de M. Mitivié.

Lorsque les malades sont froids, on les réchauffe par les moyens caléfacteurs ordinaires, bains d'air chaud, boules d'eau chaude, sachets de sable chaud, etc.; frictions sèches ou frictions avec de la térébenthine, de l'eau-de-vie camphrée, un liniment ammoniacal, ou des vapeurs sèches ou aromatiques. Des cataplasmes sinapisés sont appliqués aux extrémités, autant

comme moyen d'exciter la chaleur que comme dérivatif; ils remplissent en même temps l'indication de calmer les crampes. Celles-ci sont combattues en outre par des fomentations émollientes et laudanisées. Le chloroforme en topique a très-bien réussi dans deux cas à les faire cesser. Dans l'un de ces cas, le pied de la malade avait été enveloppé avec des linges trempés dans de l'eau additionnée de chloroforme ; les crampes cessèrent aussitôt ; mais la malade conserva dans le pied un sentiment glacial, avec engourdissement et pesanteur. Le lendemain, le pied était tuméfié, rouge et douloureux. Ces phénomènes ont disparu à la suite de quelques applications de topiques émollients ; mais le pied est resté depuis un peu insensible.

La diarrhée a été combattue par des quarts de lavement avec amidon et laudanum, et la décoction de ratanhia, les boissons d'eau de riz, potions avec ratanhia, opium en pilules ou extrait gommeux dans un julep.

Contre les vomissements, M. Mitivié a employé habituellement l'eau de Seltz, les boissons aromatiques étant le plus souvent repoussées par les malades. Trois ou quatre fois il a essayé l'infusion de stachys, mais les malades n'ont pas pu la garder, ils l'ont rejetée aussitôt ; il n'a pas insisté. Il s'en rapporte volontiers, à l'égard des boissons, à l'appétence des malades, qui préfèrent en général aux boissons chaudes l'eau pure ou les boissons froides. Aussi leur donne-t-il l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, l'eau acidulée ou même la glace. Quelques individus ont un désir particulier de boissons fortement acidulées. Une malade de la division de M. Mitivié a guéri sans avoir rien fait autre chose que sucer du citron. Depuis ce moment il en donne à toutes les malades qui en désirent.

L'anxiété épigastrique est combattue par les sinapismes et par l'application d'un emplâtre de thériaque.

M. Mitivié a essayé l'eau salée, mais il n'a pas tardé à y renoncer, autant à cause du peu d'efficacité que ce moyen lui a paru avoir, que de la difficulté que l'on éprouve à l'administrer. Elle inspire un tel dégoût et une telle répugnance aux malades, que ceux-ci non-seulement la repoussent, mais qu'ils repoussent même toute autre boisson qu'on vient à leur offrir après. Il a également renoncé, par le même motif, à la plupart des potions ammoniacales ou laudanisées, qu'il remplace maintenant, dans la plupart des cas, par l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, l'eau additionnée de jus de citron.

Dans la période de réaction. M. Mitivié a quelquefois usé des applications de sangsues et de la saignée générale, notamment

lorsque les symptômes de réaction étaient intenses, et qu'il y avait imminence de congestion cérébrale. Elles lui ont paru utiles dans cette circonstance. Mais lorsque ces symptômes étaient portés au point de produire le coma, le délire et l'injection des conjonctives, les évacuations sanguines ne lui ont pas paru toujours également heureuses, et il a été conduit par l'expérience à en être sobre en pareil cas. Il a quelquefois donné les éméto-cathartiques dans cette circonstance ; mais ils ne lui ont pas paru produire en général d'aussi bons résultats que dans la période prodromique ou de début.

M. Lélut. — La médication mise en usage dans le service de M. Lélut se résume dans deux ordres de moyens principaux qui sont les excitants diffusibles et les astringents ; les premiers dans le but de provoquer la réaction, les seconds pour combattre les évacuations alvines.

Après l'administration préalable d'un bain d'air chaud ou d'un bain d'eau à la température de 35 à 40° R.. si les malades sont froids, M. Lélut prescrit du thé ou des infusions aromatiques chaudes avec addition de sous-acétate d'ammoniaque, et lorsque la réaction commence à se manifester, il la soutient par quelques tasses de café ou par du vin de Champagne.

L'opium n'est administré qu'avec réserve et à doses peu élevées, par la crainte des accidents cérébraux qu'il pourrait déterminer, et dans les cas seulement où il est indiqué par des crampes et des douleurs très-vives.

Pour combattre la diarrhée, M. Lélut a d'abord eu recours au ratanhia qu'il administrait en lavement à la dose de 15 gr. Mais ce moyen ne lui ayant pas paru fidèle, il a adopté depuis les lavements au nitrate d'argent. Ces lavements, qu'il ne prescrivait, dans le principe, qu'à la seconde période du choléra, pour combattre la diarrhée persistante, lui ayant paru donner de bons résultats, il en a adopté depuis l'usage au début même de la maladie, et il assure s'en être très-bien trouvé. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée s'arrête en général assez promptement.

Lorsque le malade est sous l'imminence de l'asphyxie, M. Lélut pratique de petites saignées. Dans la même période, il a eu recours, à titre d'essai, à la potion salée et aux lavements d'eau salée, sans indication spéciale bien déterminée d'ailleurs ; il lui a été difficile d'apprécier bien nettement leur influence sur la marche de la maladie.

Dans la réaction, il emploie la saignée assez largement et répétée aussi souvent que l'indiquent les symptômes congestifs

ou les phénomènes comateux qui caractérisent cette période.

M. Lélut a eu quelquefois recours, au début de la maladie, à un émétique (ipécacuanha, 1 gr., et tartre stibié, 5 centigr.). Ce moyen lui paraît indiqué surtout lorsque les malades, déjà en proie au refroidissement, sont tourmentés par des nausées et des efforts de vomissements non suivis d'évacuation. Quant aux purgatifs, ils ne lui paraissent indiqués dans aucune période de la maladie, et il en exclut l'emploi.

M. Trélat. — M. Trélat a d'abord employé les moyens de caléfaction externes et les excitants généraux de toute sorte joints aux narcotiques, ainsi que cela a été fait dès le principe dans tous les services. Vu l'insuffisance de ces premiers moyens, en présence de l'extrême gravité de l'épidémie, M. Trélat a cru devoir tenter quelques-unes des méthodes qui se recommandaient par quelque autorité. Il a successivement essayé, entre autres, la méthode évacuante vomitive et la méthode mercurielle. Cette dernière a été appliquée d'après les formules de M. Serres : sulfure noir de mercure, 1 gramme en 4 pilules, frictions avec l'onguent napolitain, lavements avec amidon, camphre et sulfate de quinine.

M. Trélat n'ayant retiré ni de l'une ni de l'autre de ces méthodes les avantages qu'il en avait espérés, est revenu à la méthode excitante qui lui paraît définitivement la mieux appropriée aux principaux phénomènes de la maladie, et dont il est décidé désormais à ne plus se départir. Parmi les excitants qu'il emploie le plus communément, il dit s'être bien trouvé des vins blancs mousseux, le vin de Champagne en particulier, qu'il prescrit généralement à toutes ses malades, soit concurremment, soit après l'administration préalable des boissons chaudes excitantes et diffusibles.

M. Baillarger. — Au début de l'épidémie, M. Baillarger à employé, avec tous les médecins de l'établissement, le punch au thé ; une potion faite avec l'acétate d'ammoniaque, l'eau de menthe, l'olcool; l'éther; les quarts de lavements laudanisés; à l'extérieur, les sinapismes, les frictions sur la colonne vertébrale avec l'eau-de-vie camphrée.

Presque toutes les malades traitées ainsi au début de l'épidémie ont succombé; elles étaient d'ailleurs atteintes de la manière la plus grave. Beaucoup mouraient après huit ou dix heures.

M. Baillarger a bien vite renoncé aux potions et aux tisanes excitantes, après un essai fait avec la potion saline, essai qui a amené un résultat tout à fait inespéré chez une mélancolique de

45 ans. Il a du reste modifié la médication qui a été formulée dans les journaux, en supprimant le lavement avec le sel et se bornant à la potion avec 12 grammes de chlorure de sodium, 125 grammes d'eau de menthe de 40 grammes de sirop diacode. Il continuait avec cette potion les lavements fortement laudanisés, les frictions sur la colonne vertébrale, les sinapismes.

Cette méthode lui a réussi dans plusieurs cas graves ; elle lui a semblé avoir l'avantage d'amener une réaction très-modérée. Chez une fille de 26 ans, très-forte, il a vu, entre autres, un état nerveux grave, une agitation extrême, des douleurs abdominales très-vives, céder très-rapidement après des vomissements assez abondants provoqués par les premières cuillerées de potion. Ces vomissements, produits d'abord par la dissolution saline, ne lui paraissent pas sans influence sur les bons résultats qu'on obtient de cette médication.

La potion n'a, dans aucun cas, été continuée plus d'une journée, et le plus souvent on l'a fait suspendre quand la réaction était bien établie. On donnait ensuite de l'eau de Seltz, de la glace en petite quantité, etc.

Dans plusieurs cas, les vésicatoires à l'épigastre se sont montrés très-utiles pour combattre l'oppression, qui forme si souvent un des symptômes les plus inquiétants de la maladie.

Lorsqu'il survient des symptômes comateux, symptômes qui se sont établis d'ailleurs le plus souvent avec une lenteur et une sorte de graduation qui semblent donner tout le temps de les combattre, M. Baillarger à préféré faire plusieurs applications successives de sangsues plutôt que d'en mettre dès le début un grand nombre. Il prescrivait en même temps des vésicatoires à la partie interne des cuisses.

M. Baillarger est d'avis que les larges sinapismes sur la région précordiale, à l'épigastre, sur les membres, ne doivent être employés qu'avec beaucoup de précaution, chez les sujets jeunes, et surtout chez les sujets nerveux. Une fois leur action produite, outre que la réaction est souvent très-forte, ils amènent ou paraissent amener et entretenir une agitation extrême.

Chez une jeune fille de 18 ans, il ne restait plus aucun symptôme inquiétant ; mais les vomissements persistèrent pendant trois jours, malgré l'emploi de la glace, de l'eau de Seltz, des potions de Rivière, de l'opium, et enfin d'un vésicatoire à l'épigastre. Ils cédèrent comme par enchantement au sous-nitrate de bismuth, donné à la dose d'un demi-gramme, de demi-heure en demi-heure (M. Monneret).

Suivant M. Baillarger, il faut faire, dans les bons résultats ob-

tenus chez six ou sept malades, une part aux frictions sur la colonne vertébrale, frictions qui, à son avis, n'ont pas été assez généralement employées.

On se rappelle que M. Baillarger a été l'un des premiers médecins des hôpitaux qui aient soumis à une expérimentation suivie le *stachys* ou *teucrium*; nous devons ajouter qu'il est aujourd'hui du petit nombre de ceux qui persistent à attribuer une action réelle au teucrium, action supérieure à celle des excitants indigènes, supérieure et différente, en ce que le teucrium a paru à M. Baillarger réunir le double avantage des propriétés astringentes et des propriétés excitantes et diaphorétiques. Il lui a parfaitement réussi pour arrêter rapidement la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Des diarrhées qui avaient résisté pendant plusieurs jours à l'opium et aux tisanes astringentes ont cédé promptement à quelques tasses d'infusion de teucrium.

Le phénomène le plus tranché que M. Baillarger ait observé, à la suite de l'administration du teucrium, est l'abondance de la sueur. Cette facilité à produire la diaphorèse, jointe à l'action astringente du teucrium, constitue, à ses yeux, un des avantages réels de cette substance.

Ayant observé qu'à une dose concentrée le teucrium avait une amertume prononcé qui répugnait aux malades et entretenait quelquefois les vomissements, M. Baillarger est arrivé par des tâtonnements à déterminer la dose la plus convenable, c'est-à-dire celle qui peut être le plus aisément supportée par les malades, sans rien faire perdre de son action au médicament. Cette dose est de 10 grammes de teucrium pour 1 litre de tisane édulcorée.

M. Manec. — Comme tous ses collègues, M. Manec a d'abord employé les excitants généraux internes et externes à l'exception toutefois des bains et des douches de vapeurs, qui ne lui ont pas paru convenables. Parmi les excitants diffusibles, le sous-acétate d'ammoniaque à haute dose est celui qui lui a paru avoir les meilleurs résultats; il en a obtenu, dans quelques cas, une réaction prompte. Toutefois M. Manec n'a pas cru devoir s'en tenir à la méthode générale. D'après des vues spéculatives sur la nature du choléra qu'il considère comme engendré par une influence électrique, il a adopté depuis une méthode tout à fait spéciale, qui consiste dans les préparations soufrées administrées par toutes les voies et sous toutes les formes possibles. Il administre le soufre en potions, en lavements, en frictions et en suppositoires. Pour boisson, il donne les fleurs de soufre à la dose

de 60 à 80 grammes, en suspension dans 500 grammes d'une potion gommeuse ou de tout autre véhicule. Les lavements sont composés avec de l'hyposulfite de soude ; les frictions sont faites avec de la pommade soufrée, et des suppositoires faits de soufre en poudre amalgamée avec une substance demi-consistante sont placés dans le rectum.

Conformément aux mêmes vues théoriques, M. Manec emploie, comme moyen prophylactique, les isolants. Il fait placer des plaques de verre sous les pieds des lits de tous ses malades. Depuis le 7 avril qu'il a commencé cette expérience, il ne s'est développé spontanément dans son service qu'un seul cas de choléra. Quant aux malades apportées cholérisées dans sa division, leur état jusqu'à présent n'a paru être nullement modifié par ce système d'isolement.

Enfin M. Manec a essayé, dans un cas de cyanose intense, l'application de l'électricité à l'aide de l'appareil de Clark, mais il n'en a retiré aucun résultat.

Malades au 4 mai.	840
Morts.	602
Sortis guéris.	144
En traitement.	94
Mortalité.	0,71
Guérisons.	0,17
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,23

APPENDICE.

Monsieur le rédacteur,

Puisque vous avez mentionné dans votre *Revue clinique* les diverses médications employées à l'hôpital Saint-Louis, je regarde comme de la plus haute importance de rectifier l'assertion *arithmétiquement* inexacte qui termine l'appréciation générale des résultats thérapeutiques obtenus dans cet hôpital.

Votre collaborateur s'exprime ainsi (*Gaz. Méd.* du 19 mai, p. 384) :

« Il résulte de cette appréciation générale que, bien que très-« diverses dans le principe, les méthodes employées à l'hôpital « Saint-Louis peuvent être considérées dans leur action la plus « générale comme à peu près uniformes ; car, *pour avoir produit « pendant quelques jours des résultats très-différents*, cette diffé-« rance *a disparu* par le grand nombre des malades, et par les « applications réitérées des méthodes, etc. »

J'oppose à cette appréciation la statistique du bureau de l'hôpital, statistique entièrement à l'abri de toute influence mé-

dicale, et qui, malgré des conditions assez défavorables pour mon service dans ces derniers temps, a constamment donné des résultats *très-différents* dans l'emploi des différentes méthodes, comme le prouvent les chiffres suivants, résultat de documents officiels que je tiens à votre disposition.

Le relevé établi dans le premier mois de l'épidémie, c'est-à-dire du 15 mars au 17 avril, donnait une mortalité de plus de moitié et quelquefois des deux tiers dans les services où les méthodes empiriques, spécifiques, perturbatrices, étaient appliquées, tandis que dans mes salles, la mortalité était restée constamment au-dessous de la moitié, en même temps que le nombre des sorties ou guérisons était plus considérable que celui des autres services.

Au 1er mai, le chiffre total relevé par le bureau d'administration était de 194 admissions, 99 décès et 50 sorties.

Sur ce nombre, les divers services que j'ai signalés comptaient 66 cas, 41 décès, et seulement 9 sorties pour les hommes ; 35 cas, 17 décès et 8 sorties pour les femmes.

Total des services à médications spécifiques et empiriques : 101 cas, sur lesquels 58 décès et seulement 17 guérisons.

Tandis que, dans le service où était appliquée seulement la méthode naturelle ou hippocratique ; on comptait chez les hommes 45 cas, 20 décès, 16 guérisons ; chez les femmes, 48 cas, 21 décès, 17 guérisons.

En somme, 93 cas, 41 décès, 33 guérisons... ou, comme je le disais tout à l'heure, mortalité bien au-dessous de moitié et nombre de guérisons double des autres services réunis, lesquels offraient une mortalité de plus de moitié.

Au 14 mai, bien que dans l'un des services on se soit presque réuni à la méthode naturelle, la même différence (moins notable, il est vrai, pour des raisons que je pourrais exposer, si je n'étais forcé d'abréger cette lettre) s'est soutenue contrairement à l'assertion que j'ai signalée plus haut, puisque mon service offre, sur 198 cas, 88 décès, et 60 guérisons

Les autres réunis, 200 cas, 95 décès, 38 guérisons.

Donc, encore dans ce dernier relevé, sur un chiffre presque semblable, proportion des décès moindre et nombre de guérisons beaucoup plus élevé dans le service où la méthode naturelle a été seule appliquée.

Loin de moi l'idée de me prévaloir de ces résultats pourtant si remarquables, mais je tiens à montrer que jusqu'ici, dans le choléra comme dans tant d'autres maladies, à défaut de médication spécifique connue, c'est la méthode naturelle ou hippocra-

tique, celle qui observe patiemment la marche de la nature, et qui suit les indications symptomatiques, qui offre encore les meilleurs résultats.

On pourrait résumer en quelques mots cette thérapeutique appliquée au choléra :

1° *Période prodromique* diarrhéique : repos, diète, lavements narcotiques.

2° *Période algide :* chaleur modérée et révulsifs à l'extérieur, quelque peu de boisson chaude et aromatique d'abord, et bientôt, si les vomissements sont opiniâtres, point ou presque point de boisson, et seulement glace à l'intérieur.

Mais les grandes difficultés commencent aux formes *typhoïde* et *ataxique* que revêt souvent la période de réaction et à la prolongation de l'état *asphyxique* qui déjà peut devenir mortel dans la période algide. Ici la saignée peut être indiquée, quoique je l'emploie fort rarement, les antispasmodiques, les ventouses, les révulsifs sont mis en usage... J'ajoute que les convalescences et les guérisons sont toujours plus rapides chez les malades traités par la méthode naturelle que chez ceux traités par les méthodes actives et perturbatrices.

Du reste, comme je l'ai dit ailleurs, je comprends et j'approuve les efforts et les tentatives faits dans d'autres voies thérapeutiques, car nos résultats sont encore bien loin d'être satisfaisants.

Agréez, etc. GIBERT.

10. *Note sur le traitement de la première période du choléra confirmé par les acides ; suivie de propositions relatives à la cause et à la nature de cette affection ;* par M. le docteur WORMS, médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Gazette médicale de Paris, N° 27 ; 1849.)

Monsieur le rédacteur,

Dans l'étude d'une épidémie aussi cruelle que celle du choléra, qui n'a point encore terminé le cours de ses ravages et qui semble menacer l'Europe de retours périodiques, aucun détail n'est à dédaigner de ceux qui peuvent contribuer à mettre sur la voie de découvrir la nature de cette affection, et c'est à ce titre que je crois devoir vous communiquer les remarques suivantes :

Depuis assez longtemps j'avais dans mon service de cholériques, substitué l'usage de la limonade citrique aux infusions de menthe, de tilleul et à l'eau de riz, et je m'en trouvais bien. Dans la dernière moitié du mois de juin, quand je n'étais plus

chargé des cholériques, il m'arriva de recevoir dans mes salles, du 13 au 24, sept hommes atteints de diarrhée qui durait déjà depuis quatre ou huit jours ; selon ma pratique habituelle, je leur fis donner un vomitif (2 grammes d'ipécacuanha), de l'eau de riz, et ensuite des potions avec 2 grammes de ladanum et des lavements opiacés et amylacés.

Mais loin de voir l'amélioration survenir à la suite de cette médication qui réussit toujours en temps ordinaire, je pus constater une aggravation alarmante ; aux déjections alvines qui se succédaient avec fréquence vinrent se joindre des vomissements. Les évacuations prirent le caractère cholérique ; la voix faiblit et s'éteignit chez deux d'entre eux ; la peau se refroidit sans algidité, le pouls devint imperceptible, et l'altération caractéristique de la face ne put me laisser aucun doute sur la nature de la maladie, quoique les crampes ne se soient montrées que chez un seul. C'est là une des formes du choléra qu'on rencontre assez souvent au début et à la fin des épidémies chez les sujets affaiblis et où la mort arrive sans lutte marquée et semble n'être qu'une extinction graduelle de la vie. Je mis immédiatement les malades à l'usage de la limonade minérale, mais avec double dose d'acide sulfurique (20 grammes d'acide dilué pour 1 kilogramme d'eau) et je supprimai toute autre médication.

L'effet fut des plus frappants ; le lendemain déjà le facies s'était amélioré, les déjections avaient diminué ; la peau avait repris de la chaleur ; et je retrouvai à la place du pouls filiforme, presque insensible de la veille, un pouls développé, résistant, annonçant un retour de la vitalité remarquable. Trois de ces malades sont sortis de l'hôpital et les quatre autres sont aux trois quarts et à la moitié de la portion.

Tout en me félicitant de ce que, depuis huit jours, il n'est pas entré de cholériques à l'hôpital du Gros-Caillou, j'éprouve un grand regret de ne pas avoir l'occasion d'expérimenter l'emploi des acides sur des cas de choléra algides et cyanosés ; — et je publie ce fait pour mettre à même de le faire, ceux de mes confrères qui se trouveraient en meilleure position à cet égard.

Vous dire par quelle série d'observations et de déductions j'ai été amené à considérer les acides comme le moyen probablement le plus efficace dans le traitement du choléra, m'entraînerait trop loin en ce moment ; je réserve ces détails pour une causerie clinique que je me propose de vous adresser plus tard, et à laquelle vous serez peut-être assez bon pour faire, dans votre journal, un accueil aussi bienveillant que celui dont j'ai à vous remercier pour mes lettres sur la période comateuse du choléra.

L'encouragement que vous avez donné, par votre publicité, aux essais rapportés dans ces deux lettres a porté ses fruits ; si les médecins de la capitale et l'Académie de médecine n'ont point jugé dignes de leur attention les ressources thérapeutiques que j'y indiquais comme propres à contenir dans des limites normales la période de réaction et à prévenir et dissiper le coma qui constitue un des grands dangers consécutifs de cette maladie, j'ai pu me convaincre qu'en province elle a été employée avec un succès complet ; depuis le jour où je vous ai donné communication de ce moyen, son efficacité ne s'est pas démentie, et j'ai toujours eu à me louer d'y avoir eu recours ; ces fomentations pourront peut être subir par d'autres que par moi une modification qui les rendrait encore plus efficaces ; mais je puis affirmer (et je ne crains pas que l'expérience de mes confrères infirme ma proposition), que, telles que je les ai formulées de prime abord, elles fournissent le moyen le plus sûr de prévenir et de dissiper le coma et le délire dans la période de réaction, et qu'elles réussissent là où j'ai vu successivement échouer les déplétions sanguines, les révulsifs les plus violents et le cautère actuel.

En attendant le moment où je pourrai vous exposer l'ensemble et les résultats du service de cholériques dont j'ai été chargé, ainsi que les modifications successives que l'observation attentive et la méditation des faits ont amenées dans ma manière d'envisager la nature, la cause et le traitement du choléra-morbus, permettez-moi de déposer ici, pour prendre date et fournir à nos confrères la matière d'expérimentations qui pourraient ne pas être sans importance, quelques propositions qui résument mon opinion sur ce sujet.

1° Le choléra-morbus est une affection pestilentielle *exanthématique* caractérisée par des phénomènes analogues à ceux dont s'accompagnent les autres fièvres exanthématiques. — Les prodromes ont leur siége de prédilection sur la muqueuse du tube digestif ; elle est précédée de troubles de l'innervation. — Comme dans la variole et la scarlatine, la langue est blanche, enduite et aplatie. — La maladie se termine par des efflorescences à la peau, et par la desquammation qui est toujours plus marquée et se montre d'abord sur les points qui ont été le siége de la cyanose.

Les accidents consécutifs les plus fréquents dans la convalescence sont les douleurs et les écoulements d'oreille, les angines et les érysipèles de la face.

2° La cause éminemment probable est l'introduction dans

l'économie de miasmes dont on ne peut attribuer la production qu'à des modifications et des exhalations *telluriques* qui semblent se faire jour sur les points de la croûte du globe que leur constitution géologique rend plus facilement perméables aux vapeurs et aux gaz résultant des réactions chimiques qui s'opèrent dans le sein de la terre (terrains tertiaires, alluvions, bords des fleuves, etc.)

3° Ces miasmes, dont la nature et le mode d'action me semblent avoir une grande analogie avec ceux de l'arsenic, en ce que d'une part ils produisent sur l'économie vivante à peu près les mêmes effets toxiques, et que de l'autre ils ont de même que ce métal, la puissance de diminuer et de détruire l'action magnétique et la propriété électrique des corps qu'ils touchent (1), ont pour effet, quand ils sont introduits dans l'économie, de modifier en la diminuant la fermentation vitale du sang, de changer la réaction électrique des molécules qui le constituent, de telle sorte qu'il s'oxyde plus imparfaitement, que les éléments des sécrétions qui s'opèrent sous l'empire de la vie normale, au lieu de concourir à ces séparations, sont retenus dans la circulation avec prédominance presque absolue du principe *alcalin* ou, ce qui revient au même, avec suppression presque complète de l'élément *acide*.

4° Pour l'intelligence de la précédente proposition, il est important de ne pas perdre de vue qu'entre le choléra épidémique et celui qui règne endémiquement dans l'Inde, sporadiquement à la fin des saisons chaudes en Europe, et celui qui est le résultat de l'empoisonnement par les drastiques (gomme-gutte, ellébore, coloquinte), il n'y a aucune autre différence que celle qui résulte de la spécificité de la cause, spécificité dont viennent témoigner l'éruption cutanée et la desquammation qui suivent toujours les cas de choléra épidémique confirmé.

Or il est important de remarquer combien est manifeste dans les pays chauds la prédominance de l'appareil et des sécrétions biliaires, et avec quelle unanimité les praticiens recourent à l'emploi de l'acide tannique dans les cas de superpurgation et d'hyperémèse.

5° La couleur verte, tantôt foncée, tantôt claire, des matières vomies, qui, aux yeux de tous les praticiens, constitue le

(1) On a presque partout constaté, pendant le choléra, la diminution de la force des aimants, la déperdition des condensateurs électrique et les diviations de l'aiguille.

premier signe favorable dans le choléra, est évidemment due au retour de l'action du suc pancréatique sur la bile (1).

6° Le météorisme, qui, dans presque toutes les maladies typhoïdes, est l'avant-coureur de la mort, est loin d'avoir la même signification dans le choléra : sans vouloir en faire un signe précisément heureux, je dois dire que les malades peu nombreux sur lesquels je l'ai observé se sont rétablis, quoiqu'ils eussent été très-grièvement atteints.

7° Tout me porte donc à croire que c'est dans l'emploi des acides qu'on doit trouver le remède le plus approprié à la première période du choléra, et je pense que le traitement probablement le plus rationnel et le plus efficace est :

A. De débuter, dans tous les cas où l'économie n'est pas entièrement épuisée et la mort prochaine, par l'injection de l'ipécacuanha à dose vomitive ;

B. De faire suivre le vomitif de l'usage soit de l'oxymel, soit de la limonade sulfurique à dose double d'acide, et de laisser le malade boire aussi abondamment que sa soif lui en suggérera le besoin, sans s'inquiéter de la fréquence des vomissements, qu'il ne faut point chercher à supprimer ;

C. De faire prendre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure une cuillerée à bouche d'une potion qui aura pour véhicule une eau aromatique, pour base l'acide sulfurique, acétique ou chlorhydrique (ce sont les acides que l'estomac supporte le mieux), à la dose de 4 à 8 grammes, et le camphre à la dose de 1 décigramme ou 2 ; pour édulcorer, on emploiera le sirop d'éther à la dose de 20 à 30 grammes.

La potion que je préférerais serait ainsi formulée :

Eau de tilleul.	160 grammes.
— — menthe.	10 —
Teinture aromatique acide (élixir vitriolique de Meynsicht). . .	8 grammes à 10.
Ajoutez : Camphre trituré à l'alcool.	15 centigrammes.
Sirop d'éther.	30 grammes.

L'emplâtre de thériaque composé avec superposition d'une brique chaude m'a paru calmer souvent les douleurs épigastriques.

8° A toutes les époques de la maladie, je conseillerais de laisser boire au malade du vin du Rhin ou de Bordeaux, soit pur, soit avec un peu d'eau gazeuse.

J'ai depuis longtemps renoncé à l'emploi des frictions et des

(1) Graff. *De succo pancreatico. — Si spiritus pellucidus (vitrioli) bili flavæ ex folliculo felleo extractæ commisceatur, exinde statim satis viridis liquor, aut ex atro virescens exsurgit.*

moyens de calorification et de révulsion externes, les considérant comme souvent nuisibles et toujours inutiles. Il est bien entendu que les frictions et le massage doivent être employés comme moyen de soulagement dans les crampes qui torturent le malade.

Je laisse pour un travail ultérieur les détails relatifs au traitement de la période de réaction contre laquelle les fomentations résolutives, le sulfate de quinine, le camphre et le nitrate de potasse fournissent les armes les plus puissantes.

Note du rédacteur en chef. — Notre impartialité nous fait un devoir d'insérer la note de M. Worms sur les mauvais effets qu'il aurait observés à la suite de l'emploi de l'ipéca, dans la première période du choléra, pendant le commencement de juin. A ces insuccès exceptionnels, nous opposerons des centaines de succès non interrompus, que plusieurs praticiens ont constatés comme nous durant la même période de l'épidémie. Comment expliquer cette contradiction ? Ne serait-elle pas due à l'emploi simultané ou successif de la médication opiacée ? M. Worms ferait bien de publier avec détail quelques-uns des cas où il a eu à regretter les fâcheux résultats qu'il signale ; car, quand des faits exceptionnels viennent déposer contre une médication qui est justement en possession de la confiance des praticiens, on ne saurait apporter trop de précision dans le narré des circonstances propres à expliquer la valeur des exceptions, et à les mettre d'accord avec la règle.

A notre connaissance, depuis le commencement de l'épidémie, plus de six cents fois on a employé la méthode évacuante, l'ipéca ou l'eau de Sedlitz, contre la période prodromique du choléra, et dans aucun cas on n'a eu à regretter les fâcheux résultats observés par M. Worms.

---

11. *Lettre sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement du choléra ;* par M. le docteur H. A.

(Gazette médicale de Paris, N° 27, 1849.)

Monsieur le rédacteur,

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie nationale de médecine, j'ai entendu prononcer plusieurs fois le mot *sous-nitrate de bismuth*. Ce médicament paraît avoir été employé avec avantage par plusieurs médecins, dans le traitement du choléra. Je ne viens pas aujourd'hui pour réclamer la *priorité* de son administration pendant la durée de cette redoutable maladie, mais seulement pour essayer d'en faire bien préciser l'emploi, et déterminer avec la même exactitude la période où son usage peut

offrir des avantages vraiment incontestables. Je joins à ma lettre une brochure publiée en 1832, où le traitement du choléra asiatique est exposé avec détail, et successivement appliqué à ses différentes périodes. Si vos travaux vous le permettent, daignez jeter un coup d'œil sur mon mémoire, vous y verrez que j'ai administré le sous-nitrate de bismuth, joint, il est vrai, à l'extrait thébaïque, à 47 cholériques : sur ce nombre, 27 malades ont eu les selles et les vomissements arrêtés en moins de vingt heures, et la guérison a été rapide ; sur 11, la diarrhée et les vomissements ont été beaucoup plus tenaces et n'ont cédé qu'à trois et même quatre jours de traitement. Les 9 autres n'en ont éprouvé aucun soulagement : quelle part dans le succès peut-on rationnellement attribuer au sous-nitrate de bismuth ? L'extrait thébaïque n'en peut-il pas revendiquer la plus importante ?

J'ai été décidé à employer le sous-nitrate de bismuth dans le traitement du choléra par les succès obtenus de son emploi dans les *crampes d'estomac*, maladie toujours si douloureuse et si difficile à guérir, et surtout par la remarque faite que son administration répétée amenait ordinairement une constipation plus ou moins opiniâtre. Pour être plus certain de réussir, je l'ai le plus souvent uni à l'extrait thébaïque. Je dois dire que, dans la curation de beaucoup de cholérines, j'ai doublé la dose du sous-nitrate de bismuth, et rendu presque insignifiante celle de l'extrait thébaïque, et le succès n'en a pas moins couronné mes tentatives : j'ai la confiance la plus entière dans sa médication appliquée au traitement des cholérines. Quant au choléra, à cause même de l'imminence du danger, je ne l'ai jamais employé seul.

Voici comment j'administre le sous-nitrate de bismuth : j'en fais former une masse pilulaire avec quantité suffisante de *diascordium ;* et chaque pilule contient : sous-nitrate de bismuth et poudre de Colombo *ana*, 15 centigrammes ; extrait thébaïque, de 2 à 5 centigrammes (suivant la gravité des cas). Je donne une de ces pilules d'heure en heure : huit à dix sont ordinairement suffisantes pour obtenir un résultat satisfaisant. Données au début de la maladie, et au moment où les vomissements et les garde-robes ont le plus d'intensité, ces pilules manquent rarement d'améliorer la position des cholériques ; elles *éteignent* promptement la grande *susceptibilité* intestinale, l'irritation, si mieux on aime, et empêchent ainsi la formation des liquides cholériques. Je les ai employées dans l'épidémie actuelle, avec à peu près les mêmes avantages qu'en 1832. J'ai eu surtout à m'en louer dans le traitement des cholérines.

Je dois dire à cette occasion que j'ai toujours diminué la dose de l'extrait thébaïque, la réduisant à 1 centigramme et même à un demi-centigramme par pilule ; celle du sous-nitrate de bismuth a, au contraire, dans les mêmes cas, été élevée à 25 et jusqu'à 30 centigrammes. Fort de mon expérience, je n'hésite pas un moment à en recommander l'usage dans la curation de toutes ces *diarrhées insidieuses* si fréquentes aujourd'hui, et trop souvent les avant-coureurs du choléra. Elles peuvent être prescrites dans la plupart des cas avec l'espoir d'un succès permanent et prompt. Quant au *fléau* lui-même, je ne les indique point dans son traitement avec la même confiance, ne les regardant pas comme un spécifique de la maladie, et pouvant *être à tout instant prescrites* avec le même avantage ; leur emploi, au contraire, exige du discernement et une bien juste *appréciation* de l'état des cholériques. Ce n'est qu'au début, et dans le moment où l'intestin fonctionne avec tant d'intensité pour soutirer du sang, ses parties les plus fluides, qu'elles peuvent, par leurs propriétés éminemment sédatives et astringentes, fermer en quelque façon les portes par où s'écoule la vie des malades, que leur emploi réussit le plus ordinairement. Mais dans la période d'*algidité* et d'*asphyxie, moment extrême,* où cette grande *élaboration* des fluides cholériques est achevée *faute d'aliments*, elles ne pourraient, à cause de leurs propriétés énergiques, que hâter la mort des malades. Tout dépend donc, pour réussir avec elles, de savoir *saisir l'instant* et d'*agir à propos*.

Agréez, etc.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. *Réflexions sur la véritable cause du bruit de souffle chez les femmes enceintes;* par M. MALICHECQ, interne des hôpitaux de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 23, 1849.)

OBS. — A l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul (service de M. Bouchacourt), est entrée, le 22 décembre 1848, une femme âgée de 32 ans, habitant la campagne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une assez forte constitution, d'une bonne santé.

Elle n'est pas mariée. Il y a six ans, elle a eu une première grossesse parvenue à terme. Aujourd'hui elle est enceinte pour la seconde fois ; sa grossesse remonte à huit mois environ.

Cette femme est en même temps affectée de syphilis secondaire avec un écoulement vaginal; les accidents syphilitiques consistent en un grand nombre de plaques muqueuses, ayant leur siége aux deux faces externe et interne des grandes lèvres et à la marge de l'anus. D'après ce qu'elle dit, il y a quatre à cinq mois qu'elle serait atteinte de cette affection.

Le ventre est ballonnée; le fond de la matrice s'élève bien au-dessus de l'ombilic. La malade déclare que, depuis quinze jours à peu près, elle ne sent plus les mouvements de l'enfant. L'auscultation est pratiquée avec soin, et les bruits du cœur du fœtus ne sont pas entendus.

Le 23, on ausculte de nouveau; on n'entend nulle part les battements du cœur du fœtus. Mais en appliquant le stéthoscope tout à fait sur le bas-ventre, suivant le trajet des vaisseaux iliaques et du côté droit, on entend bien distinctement un bruit de souffle, isochrone aux battements du pouls de la malade; on ne le perçoit sur aucune autre partie du ventre. L'absence des bruits du cœur; bien constatée pour le seconde fois, ne laisse plus de doute sur la mort du fœtus.

Le 30, vers quatre heures du soir, le toucher vaginal fut pratiqué : ramollissement du col utérin, introduction de la première phalange du doigt indicateur dans son intérieur; inégalités de son orifice externe; absence du ballottement. Les seins ont leur volume ordinaire.

Dans la soirée, vers sept heures, la malade, qui jusque-là n'avait rien senti, éprouve les premières douleurs; à dix heures, rupture des membranes et écoulement des eaux amniotiques, présentation du siége du fœtus. Le lendemain, à une heure du matin, l'accouchement est terminé. Le placenta est expulsé immédiatement après le fœtus; celui-ci était mort. Avant comme après son expulsion, pas d'hémorrhagie notable.

Examen du fœtus. Le poids et le volume sont ceux d'un enfant de huit mois. Couleur rouge brunâtre de toute la peau. Partout l'épiderme se détache avec facilité. Infiltration du cuir chevelu et de la face. Le périoste se détache très-facilement des os. D'après les renseignemets fournis par la malade et cet examen superficiel du corps du fœtus, déjà envahi par la putréfaction, on peut avancer que la mort a eu lieu au moins vingt jours avant l'poque de l'accouchement, sachant surtout que la décomposition d'un fœtus mort est singulièrement ralentie par son séjour dans la matrice.

Avant tout, je tiens à noter que la femme qui fait le sujet de l'observation n'avait éprouvé aucun symptôme précurseur de

l'accouchement avant le moment où elle fut soumise aux explorations dont il a été question. Par un simple rapprochement de faits, on pourrait peut-être rapporter la cause déterminante de l'accouchement à ces diverses explorations qui, en irritant plus ou moins le col de l'utérus, ont pu faire naître les contractions dans le corps de l'organe.

J'arrive maintenant à ce qui concerne le bruit de *souffle abdominal.* Chez notre femme, il n'a été entendu qu'au bas du ventre, sur le trajet des vaisseaux iliaques, et seulement du côté droit. J'ai ausculté avec beaucoup de soin au niveau et au-dessus de la région ombilicale, je n'ai entendu aucun bruit de souffle. Par le fait de la mort du fœtus, datant déjà de plusieurs jours, la circulation du sang entre l'enfant et la mère n'existant plus, nous sommes en droit d'affirmer que ce bruit de souffle ne se passait pas dans les vaisseaux utéro-placentaires.

Il me semble qu'il n'est pas plus logique (je tâcherai de mieux le prouver plus loin) d'établir son siége dans les vaisseaux utérins, dans ceux surtout qui avoisinent l'insertion du placenta. En effet, chez la femme en question, toujours par suite de la mort du fœtus déjà assez ancienne, l'activité de la circulation dans l'épaisseur des parois de la matrice, et surtout dans le voisinage du placenta, devait être considérablement affaiblie, le sang qui y arrivait étant uniquement destiné à l'entretien de la nutrition de l'organe. Si le bruit de souffle avait réellement pour siége les parois utérines, dans le cas dont il s'agit, tout naturellement il ne devait plus rester perceptible, sa disparition était rationnelle ; cependant il existait encore, il a été entendu d'une manière bien marquée, mais seulement vers la fosse iliaque du côté droit, et nullement sur d'autres points de la périphérie du globe utérin. Maintenant, malgré la mort du fœtus, si les vaisseaux de l'utérus eussent été réellement le siége du bruit de souffle, il aurait été facile et même plus facile de l'entendre vers le milieu et le fond de l'organe, c'est-à-dire au niveau et au-dessus de l'ombilic de la mère, qu'en bas vers le voisinage du col ; car l'ovoïde formé par la matrice dans son état de plénitude s'applique mieux contre les parois de l'abdomen par sa moitié supérieure que par sa moitié inférieure, qui est la petite extrémité de l'ovoïde, laquelle plonge vers l'excavation du bassin. Or il n'a été entendu, comme je l'ai dit plus haut, qu'en bas et à droite seulement, sur le trajet des vaisseaux iliaques. Je fus donc autorisé, par voie d'exclusion, à établir que les vaisseaux iliaques étaient, chez notre femme, le véritable siége du bruit de souffle ; ces vaisseaux étaient plus ou moins

comprimés par le poids du globe utérin rempli du fruit de la conception.

L'opinion de ceux qui, à l'exemple de M. Kergaradec, ont placé le siége du bruit de souffle dans les vaisseaux utéro-placentaires (*bruit de souffle placentaire*), ne peut pas se soutenir en présence de l'observation qui vient d'être citée, et de trois autres observations semblables de M. Jacquemier, dans lesquelles ce bruit de souffle a été bien constaté chez des femmes enceintes dont l'enfant était mort et déjà en voie de décomposition putride.

Actuellement il y a aussi couchée, dans une salle de l'hôpital, une quatrième femme, âgée de 32 ans, chez laquelle on constate l'existence d'une énorme tumeur fibreuse du corps de l'utérus, qui s'élève jusque près de l'ombilic, et dont l'apparition date de quatre ans. Dans ce cas, assez intéressant, l'auscultation a été pratiquée, et des deux côtés des fosses iliaques j'ai entendu un bruit de souffle bien marqué, en tout semblable à celui que j'ai constaté chez les femmes enceintes.

Une autre opinion, qui paraît mieux fondée, est celle des accoucheurs qui prétendent qu'il a son siége dans les parois utérines (*bruit de souffle utérin*). D'abord, il est certain qu'il ne peut pas se passer dans les veines utérines ou sinus utérins, parce qu'alors, au lieu d'être intermittent et isochrone aux battements du cœur de la mère, ce bruit de souffle serait continu. Il devrait donc se passer dans les artères; mais les vaisseaux artériels de la matrice dans l'état de plénitude, quoique très-développés, restent cependant d'un calibre bien inférieur à celui des artères des régions du corps, dans lesquelles on entend des bruits de souffle tenant soit à une altération pathologique du sang, soit à une cause purement mécanique, telle que la compression du vaisseau produite par l'application du stéthoscope ou par une tumeur développée dans le voisinage. Quoi qu'il en soit, admettons encore que les artères utérines soient bien le siége du bruit de souffle, il est évident qu'on devrait l'entendre à peu près sur tous les points de la face antérieure de l'utérus, et principalement vers le fond de l'organe, où les vaisseaux artériels sont plus abondants, plus considérables et plus rapprochés de l'oreille de l'observateur, quand il ausculte. Il n'en est rien : pour mon compte, toutes les fois que j'ai eu l'occasion de le constater, je l'ai toujours entendu en bas du ventre seulement, dans le voisinage des vaisseaux iliaques. Dans ce moment même, il y a, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, trois femmes dont la grossesse la moins avancée est de cinq à six mois. Je les ai auscultées avec soin, et chez les trois j'ai entendu manifestement le

bruit de souffle, mais uniquement au bas du ventre, sur le trajet des vaisseaux iliaques ; au lieu d'être superficiel, son siége m'a paru assez profond. Chez deux d'entre elles, je ne l'ai entendu que du côté droit, chez la troisième, je l'ai également entendu à droite et à gauche, dans le deux fosses iliaques.

En raisonnant toujours dans l'hypothèse que ce bruit de souffle a lieu dans l'épaisseur des parois utérines, dans les artères, en un mot, il est clair que les circonstances anatomiques et physiologiques, dans lesquelles il se produirait, restant toujours les mêmes, il devrait être constant et s'observer chez toutes les femmes enceintes, à partir d'une époque où l'utérus a pris assez de développement; mais de l'avis de tous les accoucheurs, on est loin de l'entendre chez toutes les femmes, il en est même chez lesquelles on le constatera aujourd'hui, tandis qu'on ne l'entendra plus demain.

Admettons que les artères utérines soient le siége réel du bruit de souffle, mais à condition que le fœtus jouit de la vie et que pour se nourrir il reçoit le sang de sa mère, circonstance qui doit singulièrement activer la circulation utérine. Si le fœtus vient à succomber dans le sein de sa mère, on ne peut pas contester qu'il ne se produise un relentissement d'activité dans cette circulation et une diminution notable de la quantité du sang artériel qui affluait dans l'épaisseur des parois de la matrice. On peut donc raisonnablement supposer que ce *bruit de souffle utérin* doit disparaître complétement par suite de la mort du fœtus, ou tout au moins être singulièrement affaibli. Or, en pareil cas, on a, et nous avons entendu, un bruit de souffle bien marqué, en tout semblable, par la nature, le rhythme et l'intensité, à celui que l'on entend quand le fœtus est vivant.

Enfin, si, chez les femmes enceintes, les artères utérines étaient réellement le siége d'un bruit de souffle, je ne vois pas pourquoi il n'existerait pas un bruit de souffle semblable dans des organes de l'économie, comme le corps thyroïde (surtout pour des cas d'hypertrophie simple de cette glande) dans l'épaisseur duquel existe un système de vaisseaux artériels aussi riche que celui qui existe dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Je me dispenserai maintenant de reproduire en faisceau toutes les preuves directes ou indirectes, physiques ou physiologiques, qui tendent à bien établir que les artères iliaques, primitives, internes ou externes, sont le véritable siége de *bruit de souffle abdominal* chez les femmes enceintes.

Je termine donc là ces quelques réflexions, en établissant comme conclusion les propositions suivantes :

1° Il n'est plus possible, chez les femmes enceintes, de fixer le siége du bruit de souffle dans les vaisseaux utéro-placentaires.

2° L'opinion de ceux qui établissent le siége de ce bruit de souffle dans les vaisseaux qui rampent au milieu des parois de l'utérus, quoique en apparence plus fondée que la précédente, est cependant loin d'être l'expression de la vérité.

3° Les artères iliaques paraissant être le siége véritable de ce bruit, il est impossible de le fixer ailleurs.

La compression de ces vaisseaux par le poids du globe utérin, rempli du fruit de la conception, est la cause matérielle de ce bruit de souffle. Cette compression, par cela même qu'elle est variable, qu'elle peut être trop forte ou trop faible, nous explique parfaitement bien pourquoi il n'est pas constant ni observé chez toutes les femmes enceintes.

---

13. *Mémoire sur les indications et les avantages d'un forceps courbé sur le plat ;* par M. R. Baumers, D. M., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 28, 1849.)

Proposer un forceps nouveau après le nombre si considérable de ceux qui ont été décrits, doit paraître un acte de témérité. Néanmoins on verra, par la lecture de ce mémoire, que celui dont je veux chercher à faire connaître les avantages diffère complétement, et par sa partie la plus essentielle, de tous ceux qui sont connus dans la science. Le forceps que je veux faire connaître est courbé sur le plat : tous ceux, au contraire, qui ont été imaginés depuis celui de Levret sont courbés sur le bord et ne sont que des modifications peu importantes de celui de ce grand maître, ce que va nous montrer nne esquisse rapide de l'histoire de cet instrument.

Le forceps primitif de Chamberlen, de Palfin, était droit et court. C'était une espèce de pince à polypes d'une dimension appropriée au volume de l'objet qu'elle devait saisir. Mais à cause de sa direction rectiligne, il ne pouvait s'appliquer qu'au détroit inférieur, et dès lors les cas qui en réclamaient l'emploi n'étaient pas ceux où cet instrument peut rendre les plus grands services. Au milieu du siècle passé, Smellie en Angleterre, et Levret en France, eurent en même temps l'heureuse idée de courber les deux cuillers du forceps droit de Chamberlen sur leurs bords, l'antérieur devenant concave, le postérieur convexe. Cette courbure, qu'on appela longtemps courbure nouvelle, par opposition à celle qui, dans le forceps primitif, était destinée à embrasser

la tête, permettait à l'instrument de se mouler sur la ligne courbe que représente l'axe du canal osseux que la tête doit parcourir dans l'accouchement; elle facilitait en même temps l'introduction du forceps à une hauteur plus considérable et même jusqu'au détroit supérieur. Ce n'était néanmoins pas là, comme on l'a dit, le but que se proposait Levret en donnant au forceps primitif cette courbure nouvelle si importante. C'est ce que démontrent jusqu'à l'évidence les passages suivants : « Le moyen le « plus sûr d'éviter le déchirement de la fourchette, c'est de tirer « en relevant les mains à mesure que la tête sortira ; si l'on ne « fait attention à cette remarque, on déchirera immanquable- « ment la fourchette, soit qu'on tire en bas, soit qu'on tire en « devant dans une situation horizontale. Pour remédier à cet « inconvénient, j'ai fait faire un forceps courbe qui ne diffère « pas d'ailleurs des dimensions du premier. Ce n'est pas le seul « but que je me suis proposé ; car tous les praticiens convenant « du peu d'effet du forceps ordinaire pour la tête enclavée au « passage lorsque la face est en dessus, la forme nouvelle que « je lui ai donnée m'a paru devoir éviter cet inconvénient, puis- « qu'au moyen de la courbure il saisira la tête avec toute l'effi- « cacité qui se trouve dans l'usage du forceps ordinaire dans la « disposition la plus avantageuse où la tête puisse être lorsqu'on « est obligé de s'en servir. » (Levret, *Accouchements laborieux*, p. 97.) « *Nota*. Des personnes fort habiles ont bien voulu me « prêter une opinion que je n'ai point eue à l'égard du forceps « courbe : elles pensent que je le crois capable de prendre la « tête de l'enfant dans la matrice lorsqu'elle n'est point engagée « dans l'orifice. Je ne conseille néanmoins son usage que dans les « cas où on se sert de l'autre. » (Levret, *Ibid.*, p. 159.) D'ailleurs, le véritable forceps de Levret était trop court pour aller chercher la tête au détroit supérieur, ce ne fut que plus tard qu'on remplit cette indication. « Le forceps le plus usité en « France est celui de Levret, auquel on a ajouté 2 pouces de « longeur, d'après les vues de Péan. Cette correction le rend « propre à servir au détroit supérieur, sans diminuer ses avan- « tages pour les cas où la tête est dans l'excavation. Cette addi- « tion en longueur rend la courbure qui est placée sur le bord « de chaque cuiller beaucoup plus douce, et elle fait qu'elle s'ac- « commode beaucoup mieux au détroit supérieur et à l'arcade « du pubis. » (Gardien, t. II, p. 521.) Ainsi, quoique Levret n'ait pas vu la conséquence la plus utile de la courbure nouvelle qu'il avait donnée au forceps primitif, il n'en est pas moins vrai, qu'en France, c'est à lui qu'en revient l'honneur.

Depuis cette modification capitale du forceps de Chamberlen, une infinité d'autres changements ont été proposés, mais le sens dans lequel Levret et Smellie avaient courbé l'instrument n'a jamais varié. Ainsi les cuillers ont été fenêtrées, elles ont été armées d'une simple arête, de saillies transversales, de petites pointes aiguës, de pointes mousses. Le manche a été terminé par des crochets aigus, des crochets mousses ; il a été fait de bois, de métal ; on l'a même séparé des cuillers de façon à pouvoir ne le fixer d'une manière solide à celles-ci qu'après les avoir appliquées, pour n'être pas obligé de les décroiser, chose indispensable dans certains cas et qui peut en déranger la position. L'articulation a été combinée de plusieurs manières différentes ; l'accoucheur lyonnais Thénance a même rejeté le moyen d'union des branches à l'extrémité de celles ci qui ne se croisent pas par conséquent. Bien plus, on a augmenté ou diminué dans un sens ou dans l'autres les courbures du forceps de Levret pour remplir certaines indications, celle par exemple que s'est proposée M. le professeur Montain jeune, et qui a certainement une grande valeur, de pouvoir appliquer le forceps à une femme obligée de rester couchée au milieu de son lit. Enfin, on a augmenté ou diminué la longeur, la force et le poids du forceps de Levret ; mais c'est toujours la même idée mère, toujours la même courbure, toujours le forceps de Chamberlen courbé suivant ses bords, toujours le bord antérieur devenu concave.

Le forceps que je propose est tout différent. Il n'a plus la moindre analogie avec ceux auxquels l'idée de Levret a donné naissance. Il descend au contraire directement de celui de Chamberlen. Levret avait pris le forceps droit et l'avait courbé suivant ses bords, en sorte que, pour l'appliquer un peu haut dans l'excavation, tout en faisant coïncider son axe avec celui du canal que le bassin représente, il ne peut agir que latéralement, à peine obliquement et jamais complétement d'avant en arrière, ce que nous démontrerons plus loin. Je prends au contraire le forceps droit de Chamberlen, et je le courbe, non plus suivant ses bords, comme Levret et Smellie, mais sur le plat, en sorte que la courbure générale d'une des branches est concave et celle de l'autre convexe. Il va sans dire que les deux cuillers ont à leur extrémité une courbure destinée à s'adapter à la sphère que la tête de l'enfant représente. Mais avant de donner une description plus exacte du forceps que je propose il est indispensable de développer les considérations qui m'en ont suggéré l'idée.

Au détroit inférieur, le forceps de Levret ou forceps ordinaire peut être appliqué sans peine sur une tête en position antéro-

postérieure, en la saisissant latéralement, c'est-à-dire d'une bosse pariétale à l'autre, que ce soit une présentation du sommet ou de la face. Si la tête. Si la tête, toujours au détroit inférieur, était placée transversalement, ce qui est infiniment rare, mais possible, d'après madame Lachapelle, le forceps ordinaire serait tout aussi facilement appliqué d'une bosse pariétale à l'autre en agissant d'avant en arrière. Au milieu de l'excavation, ainsi qu'au détroit supérieur, si la tête est en position antéro-postérieure, le forceps peut encore être appliqué facilement d'une bosse pariétale à l'autre en agissant latéralement. Mais si la tête est placée transversalement un peu haut dans l'excavation et surtout au détroit supérieur, comment le forceps devra-t-il, ou plutôt comment pourra t il être appliqué, ou même encore y a-t-il deux manières de l'appliquer ?

Et d'abord, quel précepte donne-t on relativement aux rapports des cuillers du forceps avec la tête de l'enfant ? Les accoucheurs sont unanimes, et je pourrais les citer tous. « Les branches « du forceps doivent toujours être appliquées sur les côtés de la « tête ; s'il y a des exceptions à cette règle, elles sont en très- « petit nombre, et nous les ferons connaître dans la suite. » (Baudeloque, t. II, p. 192.) « C'est toujours sur la tête que doit « s'appliquer le forceps, et autant que possible sur ses côtés. « Déjà Smellie en avait donné le précepte. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 62.) Gardien est encore plus rigoureux ; car il n'admet pas d'exception à cette règle. Dans son *Tableau synoptique des accouchements*, t. IV, il dit : « Le forceps ne peut « s'appliquer que sur les côtés de la tête. Je ne reconnais point « d'exception à cette règle ; car lorsque la tête est enclavée, « suivant son épaisseur, entre le pubis et le sacrum, et qu'il est « impossible de la faire remonter avec la main au-dessus du dé- « troit abdominal, le forceps tuerait certainement l'enfant si on « appliquait les branches sur la face et l'occiput. »

Ainsi, si la tête est placée transversalement au détroit supérieur, il faudrait, pour se conformer au précepte précédent, qu'une branche fût appliquée entre le pubis et la tête, et l'autre entre la tête et le sacrum. Or c'est précisément ce que conseillent Baudeloque et Gardien. « Pour opérer conformément aux « principes dictés par la nature même de l'obstacle qui s'oppose « à l'accouchement dans les positions transverses dont il s'agit, « il faut placer les branches sur les oreilles, l'une conséquem- « ment au devant du sacrum et l'autre sous le pubis. » (Baudeloque, t. II, p 333.) « On doit placer les branches, l'une des- « sous le pubis et l'autre au devant du sacrum. » (Gardien, t. II,

p. 567.) L'ouvrage de Baudeloque renferme même une planche n° XI qui représente une tête placée transversalement au détroit supérieur, saisie par les côtés, suivant le précepte qu'il en donne. La même figure est reproduite exactement par Gardien, planche III. Malheureusement ce mode d'application, dans le cas qui nous occupe, est théoriquement et expérimentalement d'une impossibilité absolue. C'est madame Lachapelle qui a eu la première le mérite de reconnaître cette erreur. « Quand la tête « est transversale, il faudrait, d'après les principes, qu'une bran- « che fût en avant et l'autre en arrière : ce serait chose absolu- « ment indispensable dans les présentations transversales de la « face. Eh bien ! c'est chose impossible. Le périnée repousse en « devant le forceps, et lui donne une obliquité telle par rapport « au détroit supérieur, qu'il ne pourra laisser entre les cuil- « lers l'espace suffisant pour contenir la plus petite tête. Il « faudrait, pour cela faire, qu'il fût dirigé suivant l'axe du dé- « troit supérieur ; mais pour lui donner cette direction, il fau- « drait faire reculer le périnée jusqu'au niveau du bas du sa- « crum. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 74.) Cette démonstration a été reproduite par tous les accoucheurs modernes. La question est trop importante pour qu'il ne me soit pas permis de faire les deux citations suivantes : « Au détroit supérieur, il faut que « l'instrument pénètre dans l'utérus, et qu'il s'accommode aux « axes combinés du détroit inférieur et du détroit supérieur ; « par conséquent il faut qu'il soit courbe sur ses bords, et que « la concavité des bords des cuillers corresponde à la face posté- « rieure de la symphyse du pubis, pour que le forceps puisse « s'accommoder à la courbure du canal pelvien. Toutes les fois « qu'on voudra l'éloigner de cette direction, il ne sera plus pos- « sible de l'appliquer. La branche qui doit être en arrière pourra « tout au plus être introduite régulièrement. Quant à celle qui « doit être en avant, il sera impossible de la placer convenable- « ment, et de plus on éprouvera des difficultés alors tout à fait « insurmontables, quand il s'agira d'articuler les branches qui « ne peuvent se correspondre. Le périnée, qui augmente encore « la courbure du bassin, s'oppose à ce que les manches des cuil- « lers soient repoussés en arrière, et par conséquent que l'in- « strument, dont la concavité des bords regarde un des côtés « du bassin, puisse s'accommoder à l'axe du détroit supérieur. « En un mot, vouloir articuler un forceps dont la concavité des « bords ne regarde pas le derrière du pubis quand la tête est « au détroit supérieur, c'est vouloir engager une ligne droite « inflexible dans un canal courbe, ce qui est impossible. Le

« forceps, ainsi appliqué, laisse si peu d'écartement entre les « cuillers, qu'il n'est pas possible que la plus petite tête puisse « y être contenue. » (Chailly, p. 486, première édit.) « Il est « impossible, à cette hauteur, d'appliquer les cuillers sur les « côtés de la tête. Celles-ci, en effet, se trouvent ordinairement « placées en position diagonale ou même souvent transversale ; « il faudrait, pour nous conformer au précepte généralement « donné, qu'une des cuillers fût appliquée en avant, l'autre en « arrière. Or, c'est ce qui est impossible ; car la courbure « des axes du bassin empêche le forceps de s'enfoncer si les « branches ne sont pas introduites sur les côtés. (En note.) « Quand on veut appliquer le forceps sur les côtés de la tête, « le périnée repousse le forceps en avant, et lui donne une obli- « quité telle, par rapport au détroit supérieur, qu'il n'y a plus « entre les cuillers assez d'espace pour loger la tête la plus « petite. La tête, en effet, placée au-dessus du détroit supérieur, « a son grand diamètre placé dans la direction de l'axe de ce « détroit. Comme le grand axe de la tête doit être placé suivant « l'axe des cuillers, il faudrait donc que cet axe du forceps fût « lui-même placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur, « et par conséquent que le point de jonction de l'instrument « pût être repoussé au delà de la pointe du coccyx. Or c'est ce « que la résistance du périnée rend évidemment impossible, « quand on persiste à placer une branche derrière le pubis, « l'autre au devant du sacrum, et c'est ce qui oblige à placer « l'instrument sur les côtés du bassin, c'est-à-dire à saisir la tête « du front à l'occiput dans les positions transversales, et d'une « bosse coronale à une bosse occipitale dans les positions dia- « gonales. » (Cazeaux, p. 745, deuxième édit.)

Ainsi le précepte qu'avaient donné Baudeloque et Gardien, de saisir par les côtés une tête placée horizontalement au détroit supérieur, n'est donc théoriquement pas réalisable, et il est probable qu'ils ne l'ont jamais mis en pratique, car ils se seraient certainement aperçus de leur erreur. Et en effet, on ne trouve rien dans leurs ouvrages qui prouve qu'ils aient jamais appliqué le forceps comme ils le conseillent dans le cas qui nous occupe. Quant aux figures que ces deux auteurs ont données de ce mode d'application, elles sont défectueuses sous deux rapports : 1° ils n'ont pas fait représenter les parties molles du périnée, qui prolongent de 2 pouces la paroi postérieure du bassin en avant du coccyx ; 2° ils n'ont pas donné au sacrum et au coccyx leur véritable courbure, qui est beaucoup plus prononcée que leur dessin ne l'indique ; car, s'ils l'avaient fait, le dernier de ces

deux os eût dépassé le forceps, et dès lors la figure eût été irrationnelle et impossible à réaliser sans choquer les yeux en même temps que le bon sens.

Ce que la théorie vient de nous démontrer, l'expérience le confirme également. Qu'on lise avec attention les douze observations de madame Lachapelle consignées dans son deuxième mémoire, t. I, et relatives à l'application du forceps pour des présentations transversales du vertex, et on verra que si la tête a pu être saisie par les côtés, c'est qu'elle était fort bas dans l'excavation, ce que madame Lachapelle fait constamment remarquer avec soin, et que si la tête était encore un peu haut dans l'excavation ou au détroit supérieur, le forceps n'a pas pu être appliqué d'avant en arrière, ce que démontrent les passages suivants : « La branche droite fut placée en premier lieu ; elle « pénétra dans le bassin, mais elle ne put être ramenée en avant « et resta vers le côté gauche... Le forceps fut introduit comme « dans le cas précédent ; les branches ne purent être commodé- « ment réunies qu'après être devenues tout à fait latérales... « En cherchant à réunir les branches, je les sentis glisser sur « les côtés du bassin. La tête se trouva prise du front à l'occi- « put... Mais il fut impossible de faire avancer l'autre branche « sous les pubis... J'ôtai les branches, et je les introduisis har- « diment sur les côtés du bassin, annonçant aux élèves que la « tête était saisie du front à l'occiput... La branche gauche ne « put avancer que sur le côté du bassin, et par conséquent sur « le front... La branche gauche put sans peine être glissée obli- « quement jusque sous le pubis ; mais la droite ne put s'enfon- « cer dans la courbure du sacrum. » (Voyez madame Lachapelle, t. I, deuxième mémoire de l'obs. XLIX, p. 259, jusqu'à la LXI, page 288.) Madame Lachapelle résume ce qui précède dans le passage suivant : « A une telle hauteur, l'excava- « tion force l'instrument à accommoder sa courbure à la sienne ; « la courbure des axes du bassin empêche le forceps de s'en- « foncer si les branches ne sont pas latéralement introduites ; « à chaque instant cette courbure ramène chaque branche à la « situation latérale, et quand on veut les articuler, on les voit « se répéter chacune vers un des côtés du bassin, alors même « qu'on était venu à bout de les placer convenablement. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 134.)

S'il m'était permis, après une semblable autorité, de parler de mes propres expériences, je dirais que, dans les tentatives que j'ai faites à ce sujet, il m'a été impossible sur le cadavre d'appliquer le forceps ordinaire d'avant en arrière sur une tête tenue

au niveau du détroit supérieur et placée transversalement, sans déchirer toutes les parties molles du périnée. Pour faire ces recherches, j'enlevais les intestins ainsi que l'utérus, en coupant le vagin en travers au milieu de sa longueur.

Puisqu'il est impossible de saisir la tête par les côtés ou d'avant en arrière quand elle est placée transversalement au détroit supérieur, on est donc obligé de placer les cuillers de chaque côté du bassin, et de saisir la tête du front à l'occiput si c'est une présentation du sommet ou du vertex, au cou si c'est une présentation de la face ? C'est précisément ce que conseillent madame Lachapelle et tous les accoucheurs modernes. « Tout cela m'a « souvent déterminée à appliquer hardiment le forceps sur les « côtés du bassin quand la tête est très-haute. » (Lachapelle, t. I, p. 135.) « Au lieu de vous tourmenter à une manœuvre « aussi difficile et aussi infructueuse, placez tout simplement le « forceps sur les côtés du bassin ; si la position est transversale, « ou si son obliquité ne la rapproche que peu de la direction « antéro-postérieure, ce qui est l'ordinaire, vous saisissez la tête « du front à l'occiput. » (Madame Lachapelle, t. I, p. 138.) « Aussi ne pourra-t-on presque jamais appliquer le forceps ré- « gulièrement, quand la tête sera au détroit supérieur. Alors, « quelle que soit la position de la tête quand elle est au détroit « supérieur, il faut placer la branche à pivot à gauche, la bran- « che à mortaise à droite, sans s'inquiéter de la position. Ce « procédé a reçu le nom de méthode allemande. » (Chailly, 1re éd., p. 487.) « Nous verrons plus loin qu'au-dessus du détroit supé- « rieur, on applique les branches du forceps sur les côtés du « bassin sans s'inquiéter de la position de la tête. Enfin quelques « accoucheurs allemands veulent que dans tous les cas les cuillers « soient placées sur les côtés du bassin. » (Cazeaux, p. 734, 2e éd.) « Quelle que soit la position, les branches seront placées « du côté du bassin. » (Cazeaux, p. 745.) « Lorsque la tête est « en position transversale, elle est quelquefois assez élevée, « quoique ayant déjà en grande partie franchi le détroit supé- « rieur. Or quand la tête est ainsi élevée, il est très-difficile « d'appliquer une branches en avant et l'autre en arrière. On est « même, dans certains cas, obligé de placer les cuillers sur les « côtés du bassin, c'est-à-dire de saisir la tête du front à l'occi- « put. C'est toujours une circonstance fâcheuse. » (Cazeaux, p. 742.)

Ainsi le précepte des accoucheurs modernes est formel ; mais ce mode d'application ne présente-t-il pas des inconvénients et même des dangers ? Il est probable que c'était là l'opinion de

Baudelocque, puisqu'il prescrivit toujours d'agir autrement. Gardien va plus loin, puisqu'il dit formellement dans son tableau synoptique : « Le forceps tuerait certainement l'enfant si on l'appliquait sur la face et l'occiput. » Sans pousser les craintes à ce point, M. Cazeaux, dans le passage cité plus haut, avance également que lorsqu'on est obligé « de saisir la tête du front à l'occiput, c'est toujours une circonstance fâcheuse. » On conçoit en effet que le forceps appliqué ainsi produit sur la face de l'enfant une pression assez forte pour donner lieu à des contusions ou même à des plaies contuses plus ou moins graves, spécialement sur les paupières. La tête tend à glisser entre les branches du forceps et à s'échapper comme un noyau de cerise entre les doigts, suivant la comparaison exacte et spirituelle de madame Lachapelle (t. I, p. 76) ; car les surfaces de la tête en contact avec les cuillers n'ont pas assez de largeur pour présenter à l'instrument une prise suffisante. Or ce glissement de la tête est dangereux pour la mère et pour le fœtus ; car si la tête s'échappe brusquement le forceps peut, en se refermant d'une manière instantanée, pincer et léser les parois utérines et le cuir chevelu de l'enfant. Enfin il me semble que les fractures des os du crâne doivent se produire plus fréquemment dans ce mode d'application.

Pour les présentations de la face, ce mode d'application offrirait des dangers si grands que madame Lachapelle dit, dans un passage cité plus haut, qu'il est alors absolument indispensable de saisir la tête par les côtés. M. Cazeaux conseille de ne saisir la tête du vertex au cou que dans les cas où il est impossible de faire autrement. « La face étant encore au-dessus du détroit « supérieur, l'application du forceps ne doit être tentée que lors- « que la version pelvienne est tout à fait impossible. La face est « le plus souvent placée en position transversale. D'un autre « côté, nous avons démontré qu'à cette hauteur des cuillers sont « nécessairement appliquées sur les côtés du bassin ; une d'elles, « par conséquent, porterait sur le vertex, l'autre sur le cou de « l'enfant, et la pression que celle-ci exercerait sur cette der- « nière partie compromettrait sûrement la vie du fœtus. » (Cazeaux, p. 749.)

Il résulte de toute la dissertation qui précède sur l'application du forceps de Levret au détroit supérieur :

1° Qu'il est de toute impossibilité, à raison de la courbure du forceps ordinaire qui ne porte que sur les bords, d'appliquer les cuillers de l'instrument d'avant en arrière sur une tête placée en position transversale au détroit supérieur;

2° Qu'on est obligé, dans ce cas, de saisir la tête latéralement c'est-à-dire du front à l'occiput pour les présentations du sommet ou du vertex, au cou pour les présentations de la face ;

3° Que ce mode d'application est difficile, qu'il ne permet pas de tenir la tête solidement, qu'il expose à des lésions de la face et de l'utérus et même qu'il compromet la vie de l'enfant dans le cas de présentation de la face.

Tout ce qui est vrai des positions transversales est également vrai pour les positions diagonales, qui se rapprochent plus des précédentes que des positions antéro-postérieures ou sacro-pubiennes, et par conséquent tout ce que j'ai dit des inconvénients du forceps de Levret pour les positions transversales au détroit supérieur doit s'appliquer également à celles des positions diagonales qui ne diffèrent que peu des positions transversales. Or, que sur un bassin on trace par la pensée ou autrement le diamètre antéro-postérieur et le diamètre transverse, et on verra que la position la plus fréquente du vertex, celle que Baudelocque a nommée première position à cause de son excessive fréquence, celle dans laquelle l'occiput appuie sur la surface quadrilatère qui répond à la cavité cotyloïde gauche, est une position dans laquelle la direction de la tête se rapproche infiniment plus du diamètre transverse que du diamètre sacro-pubien ; car il n'y a qu'un pouce entre l'extrémité du diamètre transverse et le point qui répond au centre de la cavité cotyloïde, tandis qu'il y a trois pouces entre ce même point et l'extrémité antérieures du diamètre sacro-pubien. J'ai pris ces mesures sur un nombre de bassins assez considérable pour les donner comme parfaitement certaines. Ainsi la plupart des positions diagonales rentrent dans la catégorie de celles auxquelles s'applique tout ce que j'ai dit des inconvénients du forceps de Levret au détroit supérieur.

Mais ne serait-il donc pas possible d'éviter les inconvénients de l'application latérale du forceps ordinaire sur une tête placée transversalement au détroit supérieur ? pour y arriver, il faudrait annuler la cause qui, dans cette position et à cette hauteur, empêche au forceps de saisir la tête par les côtés. Mais quelle est cette cause ? la direction rectiligne que présenterait le forceps ordinaire tourné ainsi de côté, direction qui lui empêche de pénétrer à cause de la courbure de l'axe du canal pelvien osseux augmenté encore des parties molles du périnée. Or si l'on ne peut changer la courbure de l'axe du bassin, ne peut-on pas enlever au forceps ainsi tourné de côté sa direction rectiligne et lui donner une courbure qui, dans ce mode d'application, lui permît de s'accommoder à la courbe de l'axe du bassin ? On le

peut facilement : il n'y a qu'à courber le forceps droit de Chamberlen sur le plat au lieu de le courber sur le bord.

Ce raisonnement est si simple et la réponse arrive si facilement, que quiconque se serait clairement posé ce problème l'eût infailliblement résolu comme moi. L'idée qui sert de base à ce mémoire est donc d'une grande simplicité ; mais, qu'on le remarque, cette dissertation est fort sérieuse ; car chaque jour on applique le forceps du front à l'occiput, et on en déplore les fâcheuses conséquences, sans que jusqu'ici personne ait songé à chercher un moyen de les éviter.

Le forceps que je propose se compose, comme le forceps ordinaire, de deux branches, l'une à pivot, l'autre à mortaise, présentant chacune une cuiller, un manche et une articulation. Pour bien comprendre les courbures de chaque branche, supposons-les d'abord toutes les deux parfaitement planes et rectilignes. Courbons la cuiller de la branche mâle, en suivant la direction du plan perpendiculaire à sa surface interne et passant par ses deux extrémités, de façon à en rendre la surface externe convexe et la surface interne concave. La courbure part de l'articulation et est uniforme jusqu'à son extrémité. Evidemment cette branche peut être introduite par la vulve et placée en suivant la paroi postérieure du vagin et la concavité du sacrum, de telle sorte que l'extrémité de la surface interne de la cuiller regardant en avant et en haut s'adaptera à la convexité de celui des côtés de la tête placée en position transversale qui est en rapport avec le sacrum. En même temps la surface externe ou convexe de cette même branche, en contact avec la paroi postérieure de l'utérus du col utérin et du vagin, se moulera exactement sur la concavité du sacrum, du coccyx et des parties molles du périnée ; elle se trouvera tout entière comprise dans le plan vertical antéro-postérieur passant par la symphyse pubienne et l'angle sacro-vertébral. Prenons de même la branche femelle, que nous supposons d'abord plane et rectiligne et donnons à la cuiller une double courbure alternative, en suivant également le le plan perpendiculaire à sa surface et passant par ses deux extrémités, en sorte que la moitié de la cuiller la plus rapprochée de l'articulation soit convexe du côté de sa face interne, concave du côté de sa face externe, et que l'autre moitié qui termine la cuiller soit courbée en sens inverse, c'est-à-dire soit concave du côté de sa face interne ou convexe du côté de sa face externe. Cette branche peut alors être introduite dans le vagin, glissée entre le pubis et la tête, et en la faisant remonter suffisamment elle pourra être placée de telle sorte que son extrémité concave

en dedans s'appliquera très-bien sur celui des côtés de la tête qui regarde le pubis, et que la moitié la plus rapprochée de l'articulation concave en dehors s'appuiera contre la face postérieure du pubis par l'intermédiaire de la paroi antérieure du vagin et de la vessie. Cette branche sera, comme la précédente, comprise tout entière dans le plan vertical antéro-postérieur passant par la symphyse pubienne et l'angle sacro-vertébral.

Les deux branches ainsi placées et croisées au niveau de l'articulation, les deux manches seront, non plus à côté l'un de l'autre, comme pour le forceps de Levret appliqué sur une tête en position antéro-postérieure, mais au-dessus l'un de l'autre, le manche de la branche placé au devant du sacrum ou sacrée étant en haut, et celui de la branche placée dernière le pubis ou pubienne étant au-dessous de l'autre. C'est dire que l'articulation des branches, au lieu de regarder en haut, comme dans le forceps de Levret, sera tournée de côté, et regardera la droite de l'accoucheur ou la gauche de l'accouchée. Articulons et serrons les branches, et la tête est fortement prise. Exerçons sur les manches des tractions convenables, et la tête descendra.

La branche pubienne est plus courte que la branche sacrée, ce qui se voit facilement quand l'instrument est fermé. Mais quand il est ouvert assez pour saisir une tête ordinaire de fœtus à terme, les extrémités des cuillers sont au même niveau. La longueur de mon forceps est la même que celle de celui dont on se sert habituellement ; il ne diffère du forceps ordinaire que par le sens dans lequel a lieu la courbure qui doit correspondre à la courbe de l'axe du bassin, courbure que Levret et Smellie ont donnée aux bords du forceps droit de Chamberlen, et que j'imprime, au contraire, à ce dernier instrument perpendiculairement à la surface des cuillers. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

14. *Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections*; présenté à l'Académie des sciences le 12 mars 1849, par M. le docteur L. Fleury, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Suite : *voir* t. VI, juin 1849, p. 114; t. VII, juillet, p. 100.)

(Gazette médicale de Paris, N° 25 ; 1849.)

Antéversion et abaissement de la matrice ; engorgement hypertrophique médiocre; hyperesthésie utéro-vulvaire.

Obs. III. — Madame M..., qui habite Bellevue, est âgée de

40 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, elle a été mariée et réglée à 15 ans ; l'écoulement menstruel a toujours été régulier, facile et abondant. En 1825, après un an de mariage, eut lieu une fausse couche, vers le troisième mois de la grossesse.

En 1838, immédiatement après un coït qui n'a présenté aucune circonstance particulière, il survint une métrorrhagie très-abondante, qui rendit nécessaire l'usage de la glace et le tamponnement. A partir de cette époque, madame M..., dont la santé avait toujours été excellente, a éprouvé des accidents qui ont graduellement augmenté, et qui, en 1841, présentaient les caractères suivants :

Malaise général, courbature, lassitudes spontanées ; douleurs incommodes dans l'hypogastre, les lombes et les aines ; pesanteur au périnée : tous ces phénomènes sont exaspérés par l'action de s'asseoir, par la station debout, la marche, l'usage d'une voiture; le coït est douloureux ; il existe un écoulement leucorrhéique très-abondant. Les digestions sont pénibles, douloureuses, souvent accompagnées d'un mouvement fébrile ; constipation opiniâtre.

Pendant plusieurs années madame M... n'opposa aucun traitement à cet état morbide, et ce ne fut qu'en 1846 qu'elle réclama les soins de M. le docteur Baud. Ce médecin reconnut un déplacement de l'utérus qui lui parut être la cause de tous les accidents ressentis par la malade; il proposa l'application d'un pessaire ; mais madame M... n'ayant pas voulu y consentir, M. Baud lui conseilla de s'adresser à moi et de se soumettre à un traitement hydrothérapique. Le 5 avril 1847, je fus appelé près de madame M...

État actuel. Le teint est d'un gris terreux; la figure exprime la souffrance et la fatigue ; la malade est très-amaigrie et très-faible : c'est à peine si elle peut marcher pendant un quart d'heure. Les douleurs hypogastriques, lombaires et inguinales sont presque continues et assez vives ; la sensation de pesanteur au périnée est très-incommode. La malade reste étendue sur un canapé pendant la plus grande partie de la journée ; la marche et la voiture sont impossibles ; les digestions sont très-mauvaises, et la malade ne va à la garde-robe qu'au moyen de plusieurs lavements ; les nuits sont agitées et sans sommeil.

Le toucher et le spéculum fournissent les données suivantes :

Il existe une hyperesthésie utéro-vulvaire très-prononcée ; l'introduction du doigt est extrêmement douloureuse et la malade redoute beaucoup celle du spéculum ; la température du vagin

n'est point augmentée; le col utérin est notablement abaissé et fortement rejeté en arrière, tandis que le corps de l'utérus est porté en avant. Le volume du col est assez considérable ; sa consistance est normale. Le spéculum confirme ces données et montre qu'il n'existe aucune ulcération.

Le traitement est commencé le 8 avril. Trois séances par jour. Douches ascendantes rectales et vaginales ; bains de siége à eau courante ; douches en pluie générales et douches mobiles dirigées sur l'hypogastre, les aines et les lombes.

Le 8 mai, l'état général est infiniment meilleur; le teint s'est éclairci ; la malade est beaucoup plus forte et fait d'assez longues promenades sans éprouver une trop grande fatigue ou des douleurs très-intenses; l'appétit est plus vif, les digestions sont plus faciles ; le sommeil est revenu. L'hyperesthésie utéro-vulvaire a complétement disparu ; la pesanteur périnéale a beaucoup diminué; la constipation est moins opiniâtre.

Le 8 juin, l'amélioration a fait de nouveaux progrès ; les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement et la malade a notablement engraissé; le malaise, les lassitudes spontanées n'existent plus ; les forces ne laissent plus rien à désirer. Les garde-robes sont spontanées et à peu près quotidiennes ; la pesanteur périnéale, les douleurs hypogastriques, lombaires et inguinales ne se font plus sentir qu'à d'assez longs intervalles, et elles ont beaucoup perdu de leur intensité. Les flueurs blanches ont entièrement disparu.

Le volume du col utérin a notablement diminué; il peut être considéré comme physiologique ; la matrice s'est relevée et l'antéversion est beaucoup moins prononcée.

Le 23 juillet, la guérison est complète ; tous les phénomènes morbides ont disparu ; l'utérus a repris sa position normale ; la santé de madame M... est aussi satisfaisante que possible.

Le 15 décembre 1848, la guérison ne s'est point démentie ; madame M... présente aujourd'hui un embonpoint qu'elle désire ne pas voir augmenter, et jamais elle ne s'est mieux portée.

Il serait difficile de trouver deux exemples plus tranchés de déviation utérine; le toucher et l'application du spéculum ne laissent aucun doute sur la nature et le degré du déplacement de la matrice ; les accidents locaux et sympathiques qui accompagnent si souvent cette affection se présentent avec toute leur intensité ; la maladie remonte à plusieurs années (cinq ans et six ans) ; l'art se reconnaît impuissant, et pour remédier à ce qu'il considère comme une infirmité, il a recours à des moyens mécaniques qui ne seront jamais que de fâcheux palliatifs. C'est dans de

semblables conditions qu'interviennent les douches froides, et quinze jours suffisent pour amener une amélioration remarquable ; l'état général est d'abord modifié : les symptômes locaux s'amendent ensuite graduellement, l'utérus reprend peu à peu sa position normale, et quelques mois suffisent (deux mois et trois mois et demi) pour amener enfin une guérison complète qu'on était en droit de considérer comme impossible. Un pareil résultat n'est-il point fait pour appeler l'attention des praticiens?

La première de ces deux observations est un exemple de déplacement utérin sans aucun engorgement soit du col, soit du corps de l'utérus, disposition beaucoup moins rare que ne l'a dit Lisfranc, ainsi, du reste, que je l'ai déjà établi ailleurs (1).

La malade, dont j'ai rapporté l'observation en dernier lieu, nous offre un exemple de cette hyperesthésie utéro-vulvaire qui accompagne parfois les affections utérines et qui a été bien décrite par Lisfranc. On sait que cette exaltation de la sensibilité devient quelquefois, pour les femmes, un insupportable supplice, et, pour le médecin, une difficulté insurmontable. « La sensibilité, dit Lisfranc, peut être tellement exagérée que les soins de propreté sont difficiles à supporter ; l'introduction d'une canule en gomme élastique, le toucher provoquent des douleurs très-vives, une grande irritation nerveuse et quelquefois un état convulsif. Le coït est douloureux, intolérable, et la femme est bientôt amenée à s'y refuser avec effroi. L'examen le plus attentif des organes génitaux peut ne faire découvrir aucune altération. Cette hyperesthésie idiopathique résiste quelquefois à toutes les médications pendant plusieurs mois ou même plusieurs années (2). »

L'observation d'une malade qui a reçu les soins de M. le professeur Marjolin, nous fournira un exemple, plus remarquable encore que le précédent, d'une hyperesthésie utéro-vulvaire heureusement combattue par les douches froides.

Antéversion considérable sans engorgement ni ulcération ; dysménorrhée ; hyperesthésie utéro-vulvaire ; accidents locaux très-graves.

Obs. IV. — Madame X..., demeurant à Paris, rue du Faubourg-Saint-Honoré, n° 50, est âgée de 21 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatique ; elle a été menstruée à 15 ans ; les règles sont peu abondantes, régulières et accompagnées de douleurs assez vives. Depuis leur apparition, ma-

(1) *Compendium, loc. cit.*, p. 367.
(2) Lisfranc, *Cliniques chirurg. de la Pitié*. Paris, 1842, t. II, p. 162 et suiv.

dame X... a éprouvé dans le bas-ventre et les aines des douleurs, ou plutôt une sensation de gêne et des tiraillements qui lui rendaient la marche pénible ; mais on ne fit aucune attention à ces accidents d'ailleurs légers.

Madame X... s'est mariée à 20 ans, en avril 1846, et quelques mois après se manifestèrent des phénomènes morbides qui allèrent sans cesse en augmentant jusqu'en janvier 1747, époque à laquelle je fus consulté.

État actuel. Des douleurs vives, presque continuelles, se font sentir dans le bas-ventre, les aines, les lombes, les flancs ; elles sont tellement exaspérées par la marche et la voiture que la malade a dû se condamner à un repos presque absolu, et qu'elle ne quitte pour ainsi dire plus la chambre ou même le lit ; elle ne peut, sans souffrir beaucoup, rester pendant quelque temps assise ou debout ; descendre ou monter un escalier lui est chose à peu près impossible. Madame X... éprouve des envies d'uriner très-fréquentes (10 à 20 dans les vingt-quatre heures) ; la miction est très-douloureuse et n'amène que quelques gouttes d'urine ; il existe une constipation habituelle et opiniâtre. Le canal utéro-vulvaire est le siége d'une douleur très-vive qu'exaspère le plus léger contact et qui rend le coït très-pénible.

Le toucher pratiqué la malade étant debout fournit les signes suivants : L'anneau vulvaire est resserré, contracté; l'introduction du doigt, faite avec tous les ménagements possibles, provoque des douleurs qui arrachent des cris à la malade ; la température du vagin n'est pas augmentée et il n'existe pas d'écoulements leucorrhéique. Le doigt ne rencontre point tout d'abord le museau de tanche, mais bien le corps de l'utérus qui est fortement incliné en avant, tandis que le col est rejeté en arrière. Le toucher rectal permet également de constater l'antéversion qu'a subie la matrice. Le col utérin n'est point engorgé et sa consistance est normale. Le volume du corps de l'utérus n'est nullement augmenté.

A l'aide du spéculum on reconnaît que la muqueuse utéro-vaginale n'est point enflammée et qu'il n'existe aucune ulcération.

Des bains de siége émollients, des injections de même nature, des cataplasmes, une application de sangsues n'amènent aucun soulagement, et au mois de mars eut lieu une consultation. Après avoir constaté le déplacement de l'utérus et les divers symptômes ci dessus énumérés, M. le professeur Marjolin conseilla d'ajouter aux moyens déjà employés l'usage d'une ceinture hypogastrique.

Un mois s'écoula et la santé de madame X... ne s'était rien

moins qu'améliorée; l'action de la ceinture est très-variable : tantôt elle semble diminuer l'intensité des accidents locaux, tantôt elle paraît, au contraire, l'augmenter. La malade ne se résout d'ailleurs qu'avec peine à porter un appareil qu'elle trouve désagréable et fort incommode.

L'impuissance des moyens ordinaires étant reconnue, je proposai l'emploi des douches froides, et M. Marjolin s'étant rangé à mon avis, madame X... vint s'établir à Bellevue dans les premiers jours de mai 1847.

Traitement. Deux ou trois séances par jour. Bains de pluie; douche locale dirigée sur l'hypogastre, les aines et les lombes ; bains de siége à eau courante; douches ascendantes rectales et vaginales.

Le 1er juin. Les douches ascendantes vaginales ont d'abord occasionné de vives douleurs ; il a fallu apporter beaucoup de ménagements dans leur administration , et procéder graduellement quant à la température de l'eau et à la durée de la douche. Aujourd'hui celle-ci est de 10 minutes et la température du liquide est de 12° centigr.

L'hyperesthésie utéro-vulvaire a beaucoup diminué ; le toucher est maintenant fort bien supporté; la ceinture est entièrement supprimée ; les douleurs sont moins continues, moins vives, les envies d'uriner moins fréquentes. Madame X... a pu faire quelques promenades à pied et en voiture.

Le 1er juillet. L'exagération de la sensibilité a complétement cessé ; les douleurs, les envies d'uriner ne se montrent plus que par intervalles ; la matrice est notablement redressée.

Le 14 août. Depuis quinze jours déjà la guérison est complète ; tous les accidents ont disparu; madame X... a fait beaucoup d'exercice à pied et en voiture sans ressentir la moindre gêne; l'utérus est entièrement redressé ; les règles sont plus abondantes, faciles, non accompagnées de douleurs. Madame X... quitte Bellevue pour aller habiter son château, où elle a fait installer des appareils hydrothérapiques, dont elle veut continuer l'usage pendant quelque temps pour consolider la guérison.

Au mois d'octobre , madame X... est devenue enceinte ; la grossesse a été heureuse. Au mois de juillet 1848, un accouchement naturel et facile a été opéré par M. le professeur Paul Dubois ; madame X... a gardé le lit pendant six semaines, et aujourd'hui, 10 novembre, elle jouit d'un état de santé qui ne lui laisse rien à désirer.

Nouvel exemple, qui ne sera point le dernier, d'un déplace-

ment utérin considérable, remontant à plusieurs années, donnant lieu à des accidents très-graves, guéri en trois mois par les douches froides, tandis que la ceinture hypogastrique était le seul moyen que la thérapeutique usuelle ait pu opposer à cette *infirmité*. L'hyperesthésie utéro-vulvaire était ici extrêmement prononcée; elle a complétement disparu au bout de deux mois de traitement. Comme dans une de nos observations précédentes (obs. II), il n'existait aucun engorgement, soit du col, soit du corps de l'utérus, auquel on pût rattacher le déplacement. Remarquons encore l'influence exercée par les douches froides sur la menstruation. *(La suite à un prochain numéro.)*

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OHPTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. *Mémoire sur une angioleucite profonde; amputation coxo-fémorale;* par M. le docteur JULES ROUX, chirurgien en chez de la marine à Cherbourg, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine, etc.

(Suite : *voir* t. VII, juillet 1849, p. 131.)

(Gazette médicale de Paris, N° 26; 1849.)

OBS. III. — Au lit 13 de la salle 2 de l'hôpital militaire de la marine de Cherbourg, est longtemps resté couché le nommé Moitié (Alexis), âgé de 24 ans, charpentier-calfat. Cet homme, par suite d'une chute dans un chantier de construction, s'était luxé le coude gauche et fracturé la jambe droite au niveau de son tiers supérieur. La luxation du coude en arrière, réduite promptement, guérit avec facilité; il n'en fut pas de même de la fracture de la jambe, qui était oblique et compliquée de plaie, puisque le malade, qui était entré le 6 avril 1848, y était encore au mois de juillet de la même année.

Alors la fracture n'était pas consolidée; la plaie, grisâtre et décollée, s'était agrandie; le membre était tuméfié; des abcès s'étaient formés sur plusieurs points de son étendue; l'inflammation avait envahi le creux poplité; une fusée purulente se prolongeait vers la cuisse; il y avait de l'insomnie, de la fièvre, des selles liquides. Le malade, affaibli par des douleurs constantes, par une longue et abondante suppuration, paraissait ne pouvoir résister longtemps, si l'art n'intervenait avec activité. L'amputation de la cuisse, déjà décidée depuis longtemps, fut enfin acceptée par le malade.

Au moment de la pratiquer, la partie interne et supérieure de la jambe, la région interne de la cuisse, étaient couvertes de stries rougeâtres interrompues par des plaques rosées. Le vaste courant des lymphatiques cruraux, enflammé, venait se perdre dans les ganglions inguinaux, qui étaient tuméfiés et douloureux à la pression.

Cette angioleucite superficielle était-elle une contre-indication à l'amputation, si urgente sous les autres rapports ? Telle ne fut pas ma pensée, et l'ablation du membre fut pratiquée le 17 juillet.

Je fis sur ce malade une de mes premières tentatives d'éthérisation directe et locale des vastes surfaces traumatiques. C'est dans cette vue que je remplis la plaie de charpie fortement imbibée d'éther. L'anesthésie locale dura trois jours. La disparition de l'angioleucite fut rapide, puisqu'il n'en restait pas de traces quelques jours après l'opération. La plaie était entièrement cicatrisée le quarantième jour.

Je n'ai point encore pratiqué d'amputation dans la continuité des vaisseaux lymphatiques profonds enflammés ; la question reste donc sur ce point tout à fait indécise. Je me contente de l'indiquer, en signalant toutefois la différence qui, sous le rapport que je signale, existe entre la phlébite non adhésive et l'angioleucite. Tandis que, dans la première, l'anatomie, la physiologie et la pathologie font un précepte de ne jamais songer à recourir à l'amputation, il n'en est pas de même dans la seconde, où, en raison de l'existence des ganglions lymphatiques, qui brisent, à la manière d'une digue, la continuité des vaisseaux et modifient le cours des fluides qu'ils contiennent, l'anatomie et la physiologie n'attendent plus que les faits pathologiques pour consacrer unanimement le précepte de l'amputation.

Lorsque, dans l'angioleucite profonde, l'inflammation suppurative est depuis longtemps arrêtée aux chapelets et que l'état d'épuisement où le malade est arrivé menace son existence, il faut sans trop attendre recourir à l'amputation. L'opportunité de cette opération doit, je l'avoue, laisser dans l'esprit quelque hésitation, si l'on admet que la totalité des vaisseaux lymphatiques d'un membre, avant d'arriver au tronc, ne passe pas ou peut ne pas passer toujours par la chaîne des ganglions situés au-dessus d'eux, que quelques-uns de ces vaisseaux y arrivent directement. Or cette circonstance serait susceptible de porter une certaine atteinte à l'action isolante des ganglions que je considère comme une barrière qui retarde les progrès de l'affection.

Cette particularité anatomique, si elle est réelle, a certaine-

ment son importance en pathologie, mais ne me paraît pas susceptible de constituer une contre-indication ; elle impose l'obligation d'examiner avec la plus grande attention les parties situées au-dessus des chapelets ganglionnaires ; et si le gonflement y est nul, si la pression n'y provoque aucune douleur, si d'ailleurs la suppuration est depuis longtemps limitée au-dessous des ganglions, si la marche de la maladie éloigne la pensée que l'angioleucite a dépassé ces barrières momentanées, je crois que l'idée de l'amputation reste rationnelle et qu'il est conforme aux principes de la science de la pratiquer.

Telles sont les considérations qui m'ont dirigé dans l'observation qu'on va lire, observation que je rapporterai avec détail, parce que, digne sous plusieurs rapports de fixer l'attention des chirurgiens, elle complétera, au point de vue pratique, ce que j'avais à dire sur l'angioleucite profonde.

Les chirurgiens ne manqueront pas d'attacher un certain intérêt à une amputation coxo-fémorale tentée dans un état d'épuisement prononcé et après que le malade avait éprouvé deux frissons, indice redoutable de l'infection purulente. Les pathologistes enregistreront peut-être quelques-uns des faits que je mentionne. Les physiologistes ne verront pas avec indifférence que ce malade a été heureusement plongé dans l'éthérisme chloroformique, quoique se trouvant dans une situation presque entièrement comparable à celle du malade dont parle M. Robert, qui ayant subi la désarticulation de la cuisse après l'inhalation du chloroforme, a paru succomber sous l'influence de ce terrible et précieux moyen d'anesthésiation. Enfin je dois espérer que tous les esprits attacheront quelque importance à l'éthérisation directe et locale, que j'ai cherché à produire sur les surfaces traumatiques les plus étendues que les amputations puissent présenter.

Angioleucite profonde ; amputation coxo-fémorale dans l'éthérisme ; éthérisation directe des surfaces traumatiques.

Obs. IV. — Le 20 octobre 1848, le nommé François Bacheley, âgé de 52 ans, menuisier dans l'arsenal de la marine, entra à l'hôpital de Cherbourg. Cet homme, doué d'un tempérament lymphatique et d'un embonpoint médiocre, portait au tiers inférieur et interne de la jambe gauche des ulcères invétérés. Ces ulcères, aidés sans doute d'une influence générale qui se manifestait sur plusieurs autres blessés de la ville et de l'hôpital, déterminèrent chez lui une angioleucite superficielle, qui durait depuis huit jours lorsqu'il fut transporté dans notre service, où il fut couché salle 3, n° 18.

Voici quel était son état : Stries rougeâtres s'élevant des ulcères vers le genou et occupant la face interne du membre ; vaste plaque rouge correspondant au condyle interne du fémur ; la peau y est amincie, luisante au centre ; le toucher y perçoit une fluctuation étendue. De cette plaque partent d'autres stries rouges, qui remontent vers les ganglions inguinaux, encore peu tuméfiés, et qui ont leur siége unique dans le grand courant lymphatique de la face interne de la cuisse. Gonflement considérable de la jambe au-dessus des ulcères, du genou et du tiers inférieur de la cuisse ; ces parties sont chaudes et tendues. La réaction fébrile, qui, au dire du malade, avait été grande les jours précédents, était en ce moment modérée. Le membre, à demi fléchi, repose sur sa face externe ; les mouvements qu'on lui imprime sont accompagnés de souffrance. Les douleurs ne sont pas très-grandes ; le pied n'offre rien d'anormal.

Une incision étendue faite en dedans du genou, dès l'arrivée du malade, donne une très-grande quantité de pus phlegmoneux, et permet de constater que les téguments sont décollés dans une assez grande étendue. (Bouillon ; limonade citrique ; lavement purgatif ; cataplasmes.)

Le 23, on reconnaît la fluctuation sur la région moyenne de la cuisse ; une longue incision fournit une grande quantité de pus et permet au stylet explorateur, glissé sous l'aponévrose, d'arriver jusqu'au voisinage de l'aine. (Soupes et quart de vin ; limonade tartarisée ; décoction de quinquina.)

Les jours suivants, la tuméfaction du membre diminua ; les symptômes généraux s'effacèrent, mais la suppuration continua à être très-abondante, son champ parut même s'agrandir ; des pressions fortes dans le creux poplité déterminaient, par l'incision de la face interne du genou, l'évacuation d'une grande quantité de pus, et une sensation obscure de fluctuation profonde se faisait sentir à la partie supérieure et interne du mollet.

L'incision du genou fut agrandie de 4 centimètres ; une incision sous-aponévrotique fut pratiquée dans le creux poplité ; deux autres incisions furent faites le même jour à la région supérieure et interne de la jambe. (Chocolat ; soupes et quart de vin ; limonade citrique ; décoction de quinquina ; lavement émollient.)

Cependant l'aponévrose crurale était décollée sur toute la face interne de la cuisse, et les muscles sous-jacents semblaient disséqués. Exercée du creux poplité à la région inguinale, la pression superficielle ou profonde faisait sortir une grande quantité de pus. La jambe, d'un volume considérable et d'un empâtement

particulier, était à peine rouge ; on y reconnaissait les signes rationnels d'une suppuration profonde, mais la fluctuation ne pouvait y être perçue ; la partie externe du membre et la région abdominale n'étaient pas douloureuses ; les pressions même très-fortes n'y provoquaient pas de souffrance ; on n'y voyait ni rougeur ni tuméfaction.

La fièvre avait reparu avec intensité, et le malade était dans un grand état d'affaiblissement. L'incision de la cuisse fut portée jusque dans le voisinage du pli de l'aine et présenta alors plus de 10 centimètres d'étendue ; une incision semblable fut faite, le même jour, dans la région poplitée ; cette dernière permettait au doigt de toucher la face postérieure de l'articulation du genou. Ces incisions, aidées d'injection de décoction de quinquina ou d'eau chlorurée, parurent un moment exercer une influence salutaire sur la quantité de la suppuration et l'état des plaies, qui prirent un meilleur aspect. Mais ce mieux ne fut pas de durée.

Le 12 novembre, la suppuration était encore si abondante, que, dans l'intervalle des pansements, le pus traversait, avec les pièces d'appareil, plusieurs draps d'alèze. Un jour, on injecta par toutes les plaies de la teinture d'iode étendue de la moitié de son volume d'eau ; mais les sources de la suppuration étaient trop sinueuses pour qu'on pût espérer que ce liquide arrivât sur toutes les surfaces à modifier.

Le 20, un mois après l'entrée du malade à l'hôpital, la suppuration était toujours considérable, mais bornée à la face interne du membre ; la jambe, toujours énorme, commençait à verser par l'ouverture du jarret le pus qu'elle contenait. Bacheley était épuisé ; mais, comme ses fonctions digestives n'avaient éprouvé jusque-là que de faibles dérangements, je commençai à croire que l'amputation coxo-fémorale était encore la seule chance qui restât de conserver la vie du blessé. Je visitai donc le malade, avec mon confrère M. le docteur Blache, médecin en chef de la marine ; il jugea le fait très-grave, mais ne voyant pas dans le membre de ces lésions qui provoquent à première vue une détermination immédiate, il fut d'avis d'agrandir encore les incisions et d'attendre. Telle fut encore l'opinion qui prévalut, lorsque, quelques jours après, je vis le malade avec M. Blache et M. le docteur Hello, chirurgien-major de la marine.

Le 30, la scène s'assombrit. La suppuration était des plus abondandes sur toute la face interne du membre, depuis la malléole tibiale jusqu'au pli de l'aine. La jambe depuis quelques jours fournissait une très-grande quantité de pus. La pression sur tous les points faisait jaillir ce liquide, comme si le membre inférieur

en était imbibé à la manière d'une éponge. On constatait toutefois, par une observation attentive, que les parties les plus voisines de la racine du membre n'offraient pas l'infiltration purulente que je signale, et que la région susinguinale était aussi parfaitement saine.

Nous avions toujours remarqué, non sans quelque étonnement, que toute la partie externe du membre inférieur, sur laquelle s'exerçait continuellement la pression inséparable du décubitus du membre lui-même, était restée étrangère à la phlegmasie qui affectait le côté interne, et nous pensions trouver la cause de ce phénomène soit dans la moins grande quantité des lymphatiques sur ces régions, soit dans la compression qu'elles supportaient, et qui s'opposait à la progression de l'inflammation.

Cependant les pansements et les mouvements les plus légers imprimés aux parties souffrantes et surtout au genou étaient accompagnés des douleurs les plus vives. Le pied s'œdématia ; un frisson violent s'empara du malade, qui eut dans le même temps une garde-robe remarquable par sa coloration blanche.

Le lendemain, un nouveau frisson se déclara avec la même intensité que la veille ; les selles étaient devenues naturelles.

Enfin, le 2 décembre, le blessé, affaibli par une longue et abondante suppuration, épuisé par la douleur, par les frissons dont il redoutait le retour, et ayant perdu toute espérance de guérison, demanda avec instance à être opéré.

Je connaissais bien l'état d'épuisement où Bacheley était réduit ; j'appréciais aussi la valeur des redoutables frissons qui s'étaient manifestés ; mais l'exacte localisation de l'angioleucite dans le membre inférieur, la force morale du malade, le bon état de son tube digestif et de son appareil respiratoire, durent me frapper, et sans me dissimuler tout ce que présentait de compromettant pour le chirurgien une grande opération dont tous les temps pouvaient directement menacer la vie du patient, je dus céder à ses prières, convaincu que, dans aucun cas, il n'est facultatif à l'homme de l'art de refuser au malade de courir les dernières chances de guérison que la science reconnaît et qu'il entrevoit lui-même.

---

16. *De l'organisation du sang épanché comme origine de tumeurs de diverse nature ;* par M. Alquié, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1849.)

L'esprit d'examen, qui a tant fait faire de progrès aux connaissances médicales dans les derniers siècles, semble néanmoins

jeter la science dans l'incertitude souvent comme à plaisir. Les idées admises généralement pour des vérités démontrées, acceptées sous la foi de grands noms, de recherches et de réflexions respectées, deviennent tout à coup obscures et suspectes par des dénégations imposantes. Alors il est nécessaire de revoir les faits et les recherches naguère tenus pour certains; et les connaissances médicales s'éclairent, s'affermissent et s'étendent par ce travail incessant. N'est-il pas généralement reconnu, par exemple, que le sang, au milieu d'organes vivants, est susceptible de constituer des parties fibreuses, cartilagineuses, osseuses, de s'organiser enfin? Les beaux travaux de John Hunter, de Bordeu, de Thomson, et des investigateurs de nos jours n'ont-ils pas mis presque en évidence que les caillots de sang épanché ou infiltré pouvaient former des lames, des couches, des masses diversement organisées? Quelles belles conséquences n'a-t-on pas récemment tirées de ces idées! Et cependant voici s'élever un médecin distingué, une autorité imposante, le professeur Cruveilhier, qui publie aujourd'hui la dénégation suivante : « Le sang extravasé ne s'organise jamais; il a perdu, par le seul fait de son extravasation, des conditions de vitalité qu'il ne recouvrera jamais : c'est un véritable corps étranger qui, à l'abri du contact de l'air, solidifié par l'absorption, peut rester inoffensif dans l'épaisseur des tissus, soit à l'état d'infiltration, soit à l'état de foyer, mais qui est absolument incapable d'organisation et de vie. »

En conséquence de cette proposition, le célèbre anatomo-pathologiste rejette toutes les idées admises communément sur la source de certains corps fibreux, cartilagineux, osseux, dont M. le professeur Velpeau surtout s'est montré l'habile défenseur. En présence d'oppositions si nettes sur une question si importante, il est utile de se livrer à un nouvel examen et d'invoquer de nouvelles observations.

Polypes sanguins et tumeurs fibreuses de la matrice.

Obs. — Le 12 novembre 1845, on apporta dans nos salles de dissection le cadavre d'une fille publique, morte d'une pneumonie chronique, et dont la matrice me présenta les particularités suivantes : Au milieu et en dehors de son corps, l'utérus est surmonté d'une tumeur pédiculée, du volume d'une orange ordinaire, d'un tissu très-dense, évidemment fibreuse dans la plus grande partie de sa masse, et squirreuse ou cancéreuse en certains points, pourvue de beaucoup de capillaires, et d'une grosse veine qui traverse son pédicule. Une autre petite tumeur fibreuse est

attachée sur le côté droit du même organe et sous le ligament de l'ovaire; un petit kyste séro-fibreux existe en dehors de l'ovaire gauche. La cavité de l'utérus renferme plusieurs petits caillots libres, et trois autres fixés sur sa muqueuse et constitués comme il suit : L'un d'eux, le plus long, mais le moins organisé, est fusiforme, rouge dans tous ses points, et avec l'aspect d'un caillot récemment fourni par une artère; sa surface est unie, quoique faiblement membraniforme; ses couches profondes sont moins colorées, mais légèrement stratifiées ou fibreuses; enfin son pédicule est mieux organisé, plus résistant et très-fibreux en plusieurs points. Le deuxième caillot est encore manifestement sanguin sur plusieurs points internes et externes, mais beaucoup mieux organisé que le précédent, fibreux ou scléreux dans la plus grande partie de son étendue, et bosselé à son extrémité libre, et fortement attaché à la muqueuse utérine par son extrémité opposée. La troisième tumeur, beaucoup plus petite que les deux autres, est fibreuse, bosselée, et seulement pointillée de rouge et très-adhérente à la matrice. J'ai alors déposé cette pièce au conservatoire de notre Faculté.

Lorsque je recueillis ce fait, en novembre 1845, il me parut tellement concluant que, le montrant aux élèves de la Faculté, je leur développai ces deux propositions consignées dans mes notes avec le dessin de la pièce anatomo-pathologique : ce cas prouve que plusieurs polypes au moins sont du sang organisé; que les tumeurs squirreuses peuvent contenir des capillaires; et, si c'est une tumeur fibreuse extérieure de la matrice, elle montre le passage de ce dernier tissu au véritable squirre en plusieurs points, et par suite la possibilité de vaisseaux dans ce dernier produit morbide. Telles sont les remarques rapides que je transcrivis en ce moment, et quatre ans avant de connaître l'opinion publiée par M. le professeur Cruveilhier. Il m'est donc impossible de méconnaître, d'après cette pièce anatomique, que le sang extravasé, même dans une cavité communiquant avec l'atmosphère, est capable de s'organiser. Au sein de la matrice, on y voit du sang libre, en caillots non adhérents; en même temps, des masses sanguines rouges, molles, ayant toute l'apparence externe et interne des précédents, et en différant seulement par une forme allongée, une organisation plus avancée, une insertion à la muqueuse utérine. Trois de ces tumeurs offrent des degrés progressifs de transformation vers l'état de corps fibreux. La résistance de ces productions pathologiques est plus grande à leur pédicule, où des fibres denses sont facilement distinguées.

Des tumeurs de ce genre rappellent parfaitement ce que j'ai

plusieurs fois rencontré au sein des cavités du cœur, où d'autres *polypes*, suivant l'ancien langage, m'ont présenté des masses fibrineuses plus ou moins décolorées, composées de couches stratifiées entre lesquelles se trouvaient parfois des vaisseaux ou des canalicules en voie de formation. Ces masses sanguines, quoique non extravasées, n'en ont pas moins la plus grande ressemblance, et je dis même identité, avec les polypes utérins dont je viens de parler. Leur constitution physique et chimique est la même. Récemment, j'ai comparé de ces prétendus polypes du cœur avec un polype du nez que j'ai extrait à M. C***, maître de danse à Montpellier, en présence de plusieurs élèves, et je n'ai pu y méconnaître la plus grande analogie.

En considérant la coexistence de plusieurs tumeurs fibreuses, les unes internes, les autres extérieures sur cette matrice, il est difficile de ne pas conclure de la ressemblance de structure à l'analogie de formation, quoique des hémorrhagies soient moins admissibles à l'extérieur qu'à l'intérieur du système utérin. Quoi qu'il en soit de l'origine des masses fibreuses attachées à la surface externe de la matrice, on y découvre plusieurs points profonds où l'aspect et la structure du squirre m'ont paru évidents. Voilà encore une question mise en doute de nos jours par le même auteur, et débattue au sein de l'Académie de médecine. On y a soutenu, comme aujourd'hui, qu'il y a incompatibilité entre la production fibreuse et la dégénération cancéreuse : la pièce en question me démontre le contraire, et ce n'est pas la seule. On se rappelle la fameuse discussion sur les tumeurs de la mamelle, dans laquelle on s'efforça de tracer les caractères diagnostiques du cancer et des masses purement fibreuses incapables de dégénérer. L'un des plus habiles orateurs qui aient pris part à ce débat scientifique, M. Blandin, avait dans son service, à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme qui offrait sur le bord interne du sein gauche, et dans la couche cellulo-graisseuse, une masse globuleuse, dure, très-mobile, du volume d'une noix, causant des douleurs assez vives, présentant enfin les caractères des tumeurs fibreuses du sein. Aussi le célèbre professeur porta-t-il ce jugement avant de pratiquer l'extirpation de cette production pathologique, le 27 décembre 1847. L'examen de la tumeur nous montra une masse fibreuse enveloppée d'une sorte de poche, mais au sein de laquelle se trouvaient plusieurs noyaux évidemment squirreux. Aussi M. Blandin se proposa-t-il de soumettre le tissu morbide à l'examen microscopique pour y découvrir la fameuse cellule cancéreuse.

D'après des faits de cette espèce, il nous semble évident que

les productions fibreuses sont ou peuvent être du sang extravasé et organisé ; qu'elles se montrent capables de dégénérer, ou du moins de contenir dans leur épaisseur des tissus squirreux. D'où pourrait donc venir ce dernier produit au milieu des masses fibreuses semblables à celle que portait cette femme ? En quelque sorte isolée des parties ambiantes par une membrane propre, composée de portions simplement fibreuses, les noyaux cancéreux ont été sécrétés par ces dernières, ou bien ils proviennent de la transformation des parties centrales en squirre, opinion qui, pour la tumeur dont nous parlons, me paraît la plus rationnelle. Dans tous les cas, ces faits démontrent que les corps fibreux peuvent devenir le siége et la source de l'altération cancéreuse, ce qui constitue le point le plus important à la clinique médicale.

D'ailleurs, est-on bien fondé à voir l'altération cancéreuse seulement lorsque le microscope découvre la cellule invoquée par Lebert, Mandl, Gluge, Sédillot, etc. ? Au mois de septembre 1846, j'opérai un homme atteint d'un ulcère cancéreux à la lèvre inférieure; j'examinai la composition microscopique du tissu morbide comme à l'occasion d'autres cas analogues et j'en fis le sujet d'une leçon clinique à l'hôpital Saint-Eloi, où je remplissais alors les fonctions de chirurgien en chef. Plusieurs cellules de forme différente s'offrirent sous le champ du microscope de Chevalier : les unes ovoïdes, transparentes, comme ponctuées, contenant plusieurs noyaux avec des nucléoles ; les autres étaient déchirées, irrégulières, et formaient des cellules dites tertiaires. Au milieu ou entre celles-ci, on reconnaissait certaines cellules très-allongées, d'autres épithéliales. Enfin, le volume, le contour, les noyaux et les nucléoles de toutes ces cellules présentaient beaucoup de variétés. L'examen du tissu de tumeurs cancéreuses du sein m'a fourni les mêmes résultats. Mais d'autres altérations des lèvres ne m'ont point donné le même aspect microscopique, mais bien celui des tumeurs dites épithéliales, cancroïdes, quoique les caractères immédiats, la marche du mal, et les signes anamnestiques fussent en faveur du véritable cancer. Ainsi, l'observation clinique conduit le praticien à considérer la plupart des ulcères des lèvres d'aspect squirreux comme du cancer, alors que l'inspection microscopique y montre une constitution diverse et variable. En outre, Adams y trouve une hydatide pour élément ordinaire, Raspail un animalcule microscopique, Muller, Gluge, etc., une cellule spéciale ; nous y avons constaté une composition variable ; enfin, le professeur Sédillot reconnaît une classe de tumeurs dont les caractères pathologi-

ques sont ceux du cancer, sans que le microscope infirme ou confirme cette opinion, et une autre classe dont la nature reste incertaine même au microscope.

En présence de ces faits, peut-on présenter le microscope comme propre à établir *la nature* du cancer, à l'exemple de Lebert ? Le diagnostic, qui demande tant d'éléments différents, tant d'études pour être satisfaisant, pour lequel les notions du passé et du présent de tout l'individu malade sont presque toujours incomplètes, se réduirait maintenant à l'étude d'une cellule microscopique ! Sans cette connaissance, et malgré les autres symptômes, on ne pourrait pas assurer l'existence d'un cancer ! Prétentions antimédicales, qui faussent le jugement des élèves et des hommes de cabinet, en leur faisant accorder une importance majeure ou décisive à des notions fort secondaires, et toujours soumises à la mobilité de tous les actes de la vie. Du reste, l'expérience clinique est venue démontrer l'erreur des *nosomicrographes*. Ayant à traiter un médecin atteint d'une tumeur cancroïde à l'angle de la mâchoire et soupçonnant la nature du mal, M. Velpeau soumit la matière renfermée dans la tumeur à l'examen de M. Donné. Ce célèbre micrographe y reconnut les caractères des tumeurs épidermiques. En conséquence, le professeur de la Charité se décida à extirper l'altération organique, et rugina même le maxillaire, afin de ne laisser dans la plaie aucun tissu suspect. « Mais trois ou quatre mois après l'opération, la tumeur repullula, et le malade succomba aux suites d'une véritable affection cancéreuse. » Un autre fait semblable s'étant présenté au même chirurgien avec les mêmes circonstances, celui-ci ajoute, en conséquence, qu'il faut accepter avec réserve les dires de la microscopie, et ne pas conclure que les tumeurs épithéliales ou épidermiques sont exemptes de récidives. Depuis lors, l'habile professeur a pu se convaincre encore davantage du peu de valeur diagnostique des nosomicrographes. Voici, en effet, comment il s'exprime à propos d'un fait du même genre, et semblable à celui qui nous fournit l'occasion de ces réflexions. « Il est vrai que les micrographes ont avancé que ces tumeurs ne contenaient pas les éléments du cancer, et que, par conséquent, on ne devait pas, à cause d'elles, redouter la récidive. MM. Lebert, Mandl, Sédillot l'ont dit ; et cette opinion a été soutenue dans une thèse de M. Mayor, présentée l'année dernière. Malheureusement, car il vaudrait mieux que cela fût ainsi, nous avons vu souvent tout le contraire ; nous avons vu ces tumeurs mêmes se développer avec tous les caractères du cancer. » Depuis l'époque où nous exposions ces faits,

d'autres non moins concluants sont venus les appuyer; je me borne à signaler le suivant :

Le nommé Blondeau, âge de 47 ans, robuste et sanguin, né de parents sains, vint à la Charité pour un tubercule d'aspect cancroïde, développé à la lèvre inférieure depuis six mois environ. Le mal fut jugé une *tumeur épithéliale* par M. Velpeau, qui en fit l'ablation, suivie de réunion et de cicatrisation au bout de deux semaines. Depuis cette époque, cependant, Blondeau éprouva des élancements dans le lieu où l'opération avait été pratiquée; et, trois ans après, la moitié droite de la lèvre inférieure s'est engorgée progressivement, en procurant les plus vives souffrances. Les progrès de l'altération obligent cet homme à revenir dans le même hôpital, le 23 novembre 1847, où il est placé au n° 29 du service du professeur Velpeau. Quoique la constitution de Blondeau soit très-satisfaisante, néanmoins sa lèvre inférieure et le menton sont le siége d'un engorgement dur, bosselé, adhérent au maxillaire inférieur, et surmonté d'une crevasse d'aspect squirreux. La reproduction de la maladie, sa marche, ses divers symptômes, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de ce désordre morbide, et l'habile chirurgien de la Charité en pratique l'extirpation.

A cette occasion, revenant sur ses observations antérieures dans une remarquable leçon (le 4 janvier 1848), le professeur développe cette proposition judicieuse : la cellule cancéreuse serait propre au cancer; mais des tumeurs réellement cancéreuses manquent de cette cellule et tuent les malades. C'est que le cancer ne consiste pas tant dans la composition des produits morbides que dans un vice interne et général de l'économie : affection transmissible par l'hérédité, cause de tous les produits pathologiques qui se développent, résistent à tous les médicaments connus, se reproduisent trop souvent après leur extirpation, amènent la cachexie et tuent la plupart des malades. Si les tissus d'aspect squirreux ou encéphaloïdes sont les manifestations habituelles de cette affection morbide, j'ai plusieurs fois vu, comme beaucoup d'autres observateurs, des masses colloïdes suivre la même marche que ceux-ci, et entraîner les mêmes conséquences. Mélangée ou non de mélanose, l'altération cancéreuse ne suit pas une évolution différente. Qu'importe donc à la clinique de constater chez un malheureux une altération épithéliale ou cérébroïde, épidermique ou squirreuse, cancroïde ou colloïde, fibreuse ou mélanique, si la source pathologique, la marche du mal, l'insuffisance de la thérapeutique, la récidive, enfin la cachexie, démontrent l'existence du cancer?

En présence de ces données cliniques, quel bénéfice puis-je retirer de l'examen microscopique? les malheureux auront tort de mourir alors contre les règles de cette nouvelle science, qui ne permet pas d'avoir un cancer sans la fameuse cellule! L'observation clinique en retire cet enseignement, qu'il y a des tumeurs cancéreuses contenant ce dernier caractère, mais d'autres qui n'en présentent pas.

Je traite en ce moment la femme de M. C..., tailleur, pour une tumeur ulcérée de la mamelle gauche : l'âge de la malade, le siége du mal, la forme bosselée, la dureté, la surface veinée de la tumeur, l'aspect rougeâtre et végétant de l'ulcère, son extension opiniâtre, les douleurs lancinantes, l'absence de causes de toute autre altération que celle du cancer, ne sont-ils pas suffisants pour découvrir la nature de cette lésion morbide? Et parce que l'examen microscopique de l'ichor ou du tissu pathologique me dirait qu'il n'y a pas la précieuse cellule allemande, que c'est un cancroïde, je devrais, moi praticien, admettre que cette femme n'est pas atteinte de l'état cancéreux! Mais, me direz-vous, quand une tumeur n'est pas ulcérée, que son diagnostic est obscur, l'extraction d'une partie du produit morbide au moyen du trois-quarts aiguillé m'éclairera, en me montrant sous le champ du microscope la cellule dont il s'agit. Soit; M. Sédillot le veut, et je suis assez complaisant pour le croire. Et si la fameuse cellule ne paraît pas à cette investigation, devrez-vous affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer? Vous ne le pouvez d'après les remarques cliniques et expérimentales relatées ci-dessus : il vous faut revenir aux règles communes du diagnostic médical.

OPHTHALMOLOGIE. — 17. *Nouvel exemple d'incrustations métalliques dans la substance de la cornée, et quelques mots sur l'influence du taffetas d'angleterre sur la coloration des cicatrices;* par CHARLES DEVAL, D. M. P.

(Gazette médicale de Paris, N° 28; 1849.)

Les productions qu'on rencontre dans le tissu de la cornée ont presque toujours été engendrées par un travail morbide dont cette membrane a été le siége ; telles sont les collections plastiques qui constituent l'albugo ; tels sont encore l'obscurcissement purulent *(onyx exsiccatus)* et l'obscurcissement sanguin, résultat de l'absorption incomplète d'un amas puriforme ou d'un caillot de sang. Les obstacles qui altèrent la diaphanéité du miroir sont, dans d'autres cas, indépendants d'un trouble de l'économie, et proviennent du dehors, dus le plus souvent à des dépôts métalliques

couverts d'une exsudation membraneuse, qui s'oppose à leur expulsion, par suite de l'emploi de remèdes intempestivement conseillés par des personnes étrangères à la médecine ou par des praticiens peu au courant des réactions chimiques des substances qu'ils prescrivent. Les méconates insolubles, fruits de l'addition, banalement répandue, du laudanum aux sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, à la pierre divine, et surtout à l'acétate de plomb et au nitrate d'argent, appartiennent à cette catégorie d'opacités kératiques, comme l'a parfaitement démontré M. le docteur F. Cunier; il en est de même de celles que peut amener l'usage d'une solution de sous-acétate de plomb, en présence d'une cornée morbidement ou traumatiquement ulcérée. Nous signalerons un fait curieux constaté par notre ami le docteur Tanquerel-des-Planches, celui d'une colique et d'une arthralgie saturnines, effets de l'absorption de cette solution par la muqueuse oculaire, dans une ophthalmie chronique. Deux collyres, de 2 grammes chacun de sous-acétate de plomb et de 125 gram. d'eau, ayant été employés dans l'espace de onze jours, des phénomènes toxiques apparurent, le douzième jour, au ventre d'abord, puis aux membres inférieurs. La cessation du remède, l'huile de croton et les bains suftureux triomphèrent de l'empoisonnement au bout d'une semaine.

L'exemple suivant m'a offert, quant à l'origine de l'incrustation cornéenne, une particularité remarquable que je ne trouve pas mentionnée dans les auteurs.

Obs. — Frimat, peintre en bâtiments, âgé de 40 ans environ, se présente à mon dispensaire le 24 août 1846. Cet homme a été atteint, il y a quelques années, de la colique des peintres, dont il a été traité à l'hôpital de la Charité; il éprouve de fréquentes douleurs d'estomac depuis cette époque; il a le teint blême et l'habitude cachectique. Sujet, depuis quatre ans, à des inflammations oculaires, il les voit surgir le plus souvent à l'œil gauche; il vient de se livrer à un travail assidu pendant une semaine, ce qui a beaucoup exaspéré une ophthalmie dont cet organe est de nouveau le siége, depuis un mois; la vue y est trouble; les souffrances sont assez vives pour empêcher le sommeil. Je constatai une kératite; mais une circonstance me frappa tout d'abord dans les dispositions de l'opacité, qui, occupant surtout la moitié inférieure de la cornée, montrait quelques ulcérations et des vascularités superficielles. Au sein de l'obscurcissement de la membrane phlogosée régnaient çà et là des points blancs, d'un aspect mat et crétacé; les uns étaient isolés, les autres formés en groupe; à la loupe, la plupart de ces îlots pa-

raissaient très-rapprochés de l'observateur ; quelques-uns même faisaient relief ; je les considérai comme des molécules provenant de l'emploi d'une solution de sous-acétate de plomb ; les médecins présents à la consultation partagèrent cet avis. Interrogé sur la composition des liquides avec lesquels il avait lotionné son œil, Frimat répondit qu'il ne s'était jamais servi que d'eau simple ou d'une infusion de fleurs de sureau, il n'a point usé d'autre topique ; le fait suivant vint nous éclairer sur la nature du mal pour lequel on demandait nos conseils. Durant quatre jours, Frimat s'est occupé à gratter de vieilles portes blanches, sans avoir l'œil bandé ; il a constamment senti, pendant ce laps de temps, la poussière épaisse à laquelle il donnait lieu incommoder et irriter cet organe, nous avions affaire, sans aucun doute, à du carbonate de plomb (blanc de céruse) qui s'était ainsi attaché à une cornée déjà malade et érodée, d'où l'exaspération des désordres. Assisté du docteur Godefroi, qui exerce aujourd'hui avec distinction à Caen, et armé de l'aiguille droite à cataracte de Beer, je râclai avec précaution les parties qui étaient le siége des collections saturnines ; plusieurs morceaux se détachèrent par plaques : presque toutes les taches les plus superficielles furent ainsi extraites dans cette première séance. Je fis laver l'œil deux ou trois fois avec de l'eau fraîche, pour entraîner les parcelles dégagées par l'aiguille. J'ordonnai 15 sangsues derrière l'oreille gauche, des frictions sur le front et la tempe gauche, avec l'onguent napolitain belladoné, des fomentations réfrigérantes sur l'organe affecté, des pédiluves et quelques précautions hygiéniques.

Deux jours après, je procédai à l'ablation de plusieurs autres particules du même genre ; le globe gauche offrait alors une turgescence vasculaire bien moins vive, et les douleurs s'étaient de beaucoup amorties. Les hydrargyriques, les dérivatifs intestinaux et cutanés ayant calmé l'inflammation, je passai au collyre de borax, et plus tard aux moyens recommandés contre la toux. La vue, toutefois, ne se rétablit pas au degré qu'elle possèdait dans l'autre œil, par suite de la négligence du malade à se soigner dès qu'il put réprendre ses occupations, et à cause surtout des ravages qu'avait subis le tissu de la cornée avant son invasion par les molécules saturnines.

Les conséquences cliniques qu'on peut tirer de cette observation, dans les kératites ulcéreuses qui affligent les ouvriers de certaines professions, sont trop palpables pour que je doive les mentionner ici : je veux seulement appeler l'attention du lecteur sur un autre mode d'incrustation, que je crois être le premier à signaler ; il s'agit de la participation possible de la coloration

noire du taffetas d'Angleterre et la teinte des cicatrices cutanées, dans les cas où les plaies peu superficielles que ce taffetas recouvre ne se ferment pas en quelques heures par première intention, mais sont assez profondes au contraire, et le siége d'un peu de travail suppuratif.

Au mois d'octobre 1846, j'effectuai la resection partielle du tégument externe de la paupière supérieure gauche, chez Marie Klopp, atteinte d'entropion. Les pinces fenêtrées de Himby, que j'ai décrites et figurées dans mon ouvrage (1), et les ciseaux genouillés ou en bec de grue furent les instruments que j'employai. Le sang s'étant promptement arrêté sous l'influence de lotions froides, je réunis la plaie par deux points de suture entrecoupée : puis je cherchai à corroborer le contact de ses lèvres par des bandelettes de taffetas d'Agleterre, qui maintinrent, en outre, l'œil fermé. Les fils furent retirés au bout de quarante-huit heures (2); des bandelettes seules furent dès lors entretenues sur la solution de continuité. Peu de jours suffirent pour la guérison. En mai 1847, je pratiquai la même opération à mon dispensaire, chez un aveugle de l'hospice de Bicêtre, affligé d'entropoin aux deux paupières supérieures, et qui, depuis longtemps, se trouvait fréquemment dans l'obligation de se soumettre à l'avulsion des cils. Je procédai comme chez Marie Klopp. Bien que le résultat fût heureux chez ces deux sujets, les voiles palpébraux ayant récupéré leur attitude normale, et les cicatrices étant linéaires et nettes, je remarquai, si ce n'est à l'une des paupières du malade de Bicêtre, que ces cicatrices étaient pourvues d'une coloration bleue très prononcée. Quelques instants de réflexion me suggérèrent l'idée que le phénomène pouvait dépendre de la couleur noire du taffetas d'Angleterre dont j'avais fait usage dans les pansements, et qui avait déteint sur les plaies. Ce qui a lieu ici peut être assimilé au résultat du tatouage, que les matelots français et étrangers, chez lesquels il jouit d'une vogue générale, exécutent avec une aiguille et de la poudre à canon, tandis que les insulaires de la Polynésie et de l'Océanie le pratiquent, d'après

(1) *Chirurgie oculaire*, 1 vol. in 8°, avec planches. Paris, 1844.

(2) C'est presque toujours après ce laps de temps que j'enlève les ligatures dans l'opération de l'entropion et de la blépharoptose ; il suffit pour procurer l'agglutination des lèvres de la plaie. Cette ablation doit être faite douze heures après, suivant Langenbeck ; dix-sept ou dix-huit heures d'après Weber ; le second ou le troisième jour d'après Rosas ; le troisième ou le quatrième jour d'après Chélius ; le quatrième jour d'après Saint-Yves. Scarpa blâme la suture dans cette circonstance, et Wenzel va même jusqu'à dire que la cicatrisation en est plutôt retardée que favorisée. Leurs craintes sur ce mode de pansement me paraissent chimériques ; dans ma pratique, comme dans celle de mes confrères, je n'ai jamais rencontré d'accident qui pût les justifier.

M. de Rienzi, qui a visité ces contrées, avec un petit fragment d'écaille de tortue, taillé en forme de scie, dont les cinq ou six dents, droites et acérées, sont enduites d'une peinture noire, qui n'est autre chose que de la poussière de charbon délayée dans de l'eau. Comme cette coloration bleuâtre des cicatrices palpébrales est fort apparente, bien que peu difforme, elle doit être évitée, surtout chez les personnes du sexe. Le soin de substituer le taffetas d'un blanc rosé ou couleur de la peau au taffetas noir conduira au bien désiré. Depuis que je m'en sers, ce désagrément ne m'est plus arrivé dans des circonstances pareilles.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

18. *De la dilatation du canal de l'urètre pour aider à l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme ;* par M. Pamard, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1849.)

Il existe contre les calculs de la vessie une méthode, la plus ancienne peut-être, que l'on a trop négligée de nos jours : je veux parler de l'extraction du calcul sans incision ni broiement préalable par le canal de l'urètre plus ou moins dilaté. Sans doute cette méthode est inapplicable dans le plus grand nombre des cas ; mais elle serait suivie de plus de succès, si d'une part les malades venaient nous consulter dès qu'ils souffrent, et si, de notre côté, nous ne nous décidions à en venir à une opération que lorsqu'elle a été reconnue absolument indispensable.

Les recherches des anatomistes modernes, et en particulier de MM. Amussat et Mayor de Lausanne, ont prouvé combien on pouvait, dilater le canal de l'urètre, combien ce résultat pouvait dans la généralité des cas, être obtenu rapidement et sans danger. Pourquoi n'y aurait-on pas recours toutes les fois que le cathétérisme fait découvrir un calcul très-petit et qu'on aurait l'espérance d'en obtenir l'expulsion lorsque le canal serait devenu assez large pour lui livrer passage? On ne trouverait que des avantages à l'adoption de cette méthode ; tous les cas dont il s'agit appartiennent à la classe de ceux où la lithotritie est parfaitement applicable, et si la dilatation du canal ne permettait pas la sortie du calcul, elle aurait toujours cette utilité de rendre les manœuvres du broiement plus faciles, et surtout d'ouvrir une voie plus large à l'expulsion de fragments même assez volumineux, ce qui diminuerait le nombre des séances et par conséquent les chances d'accidents. Il y aurait encore un autre avan-

tage ; c'est que, le canal étant dilaté, le flux d'urine sortant avec impétuosité entraînerait les détritus, et la vessie serait moins exposée à conserver de ces débris qui plus tard deviennent presque inévitablement le noyau d'une nouvelle concrétion.

Les faits suivants donneront aux remarques qui précèdent plus d'autorité que tous les raisonnements.

Obs. I. — Le premier a trait à mon grand-père, Pierre Pamard, l'inventeur de la pique pour fixer l'œil pendant l'opération de la cataracte.

C'était en 1790, mon grand-père avait alors 62 ans : il avait rendu quelques mois auparavant un petit gravier, mais il souffrait toujours. Il avait trop vu de calculeux pour ne pas avoir la conviction qu'il avait la pierre, il avait trop souvent fait la taille pour ne pas la redouter ; aussi une profonde tristesse s'empara de son esprit, et il ne songea plus qu'au moyen de prévenir l'opération qui lui inspirait tant de craintes.

Il songea à la dilatation, et il fit construire des sondes en étain de différents calibres qui ressemblaient assez aux trois premiers numéros des sondes de Mayor, mais dont les parois étaient moins épaisses, il procédait chaque jour lui-même à l'introduction de ces sondes, et il arriva ainsi à dilater le canal d'une manière notable. Enfin, un matin il eut le bonheur de rendre un calcul, de forme olivaire, assez volumineux, car il avait 19 millimètres de long et pesait un gramme.

A dater de ce jour il ne souffrit plus, et il vécut encore pendant trois ans jusqu'au 2 janvier 1793, sans avoir conservé de ressentiments de cette affection qui l'avait tant tourmenté.

Obs. II. — M. Phily (Jean-Baptiste), âgé de 26 ans, de Sainte-Foy (Rhône), éprouvait depuis environ un an tous les symptômes d'une affection calculeuse ; il avait été pourtant sondé à Lyon par un homme d'un grand mérite, M. Bonnet, qui n'avait, à ce que me dit le malade, trouvé rien dans la vessie.

Je le sondai moi-même, et je rencontrai immédiatement, en entrant dans la vessie, un calcul qui s'enfuit devant ma sonde et qui était évidemment très-petit ; je promenai avec le plus grand soin mon instrument dans la vessie, et il me fut impossible de le rencontrer. Il était donc évident pour moi, par l'impossibilité où avait été le premier opérateur de rencontrer le calcul, par les difficultés que j'avais éprouvées moi-même à le retrouver après l'avoir pourtant senti, que j'avais affaire à un calcul très petit, il me vint alors à l'idée d'essayer la dilatation.

J'introduisis une sonde de Mayor n° 1, que je laissai deux heures en place, et à l'aide de cette sonde j'injectai environ

150 grammes d'eau dans la vessie. Je renouvelai chaque jour cette opération en augmentant tous les jours d'un numéro, sans m'occuper de la recherche du calcul que je rencontrais quelquefois, assez rarement, il est vrai ; car le plus souvent il m'échappait, et je ne m'obstinais pas à le rechercher pour ne pas irriter la vessie.

Enfin, j'étais arrivé au numéro 6, et je l'introduisais déjà depuis plusieurs jours, en augmentant la quantité d'eau que j'injectais; je commençais à désespérer, lorsque, le 22 mars au matin, après avoir gardé pendant deux heures la sonde, et avoir conservé dans la vessie 200 grammes au moins d'eau que j'y avais injectée, le malade retira lui-même l'instrument, et il urina immédiatement après, comme je le lui avais recommandé; il entendit tomber dans son vase de nuit un petit corps qui fixa son attention, mais qui ne produisit aucune douleur en passant. Il le conserva avec soin. C'était un petit calcul, de forme ovale, présentant un sillon longitudinal; il avait 10 millimètres dans son plus grand diamètre, et il pesait 75 centigrammes. A dater de ce jour, toutes les douleurs disparurent; je procédai deux fois à des recherches minutieuses pour m'assurer si la vessie était entièrement débarrassée; je ne rencontrai absolument rien : il était évident que M. Phily était guéri.

Il partit tout heureux d'avoir été délivré sans avoir subi aucune opération, ou du moins une bien légère, celle du cathétérisme. J'ai revu le malade, qui n'a depuis plus rien ressenti.

Nous arrivons à la dernière observation ; elle est toute récente, et elle offre beaucoup d'analogie avec celle qui précède.

Obs. III. — M. Jean Monin, d'Orange, âgé de 25 ans, souffrait, depuis au moins dix ans, de strangurie momentanée, accompagnée d'hématurie et de douleurs violentes dans la vessie et au bout de la verge; il offrait donc tous les symptômes rationnels d'une affection calculeuse, et, pourtant, il avait été sondé par plusieurs praticiens d'Orange, sans qu'aucun eût rencontré la pierre. On avait mis en usage les bains, les applications de sangsues, les antiphlogistiques et les calmants de toute espèce : rien n'avait amélioré sa position.

Le malade, désespéré, vint nous consulter le 28 juin 1847; nous le sondâmes et, par un hasard heureux, nous rencontrâmes immédiatement le calcul, qui se trouvait dans ce moment logé près de l'orifice interne du canal de l'urètre.

Cette nouvelle, qui ordinairement désole le consultant, le combla de joie; il savait enfin qu'elle était sa maladie; il entrevoyait la possibilité d'en être délivré par une opération. C'était

ce qu'il désirait. Nous lui annonçâmes que cette opération serait peut-être moins terrible qu'il le croyait, et nous prîmes jour pour le lendemain.

Le 29 juin 1847, nous introduisîmes, pour la première fois, le numéro 2 des sondes de Mayor, et nous injectâmes environ 100 grammes d'eau tiède : le malade conserva la sonde pendant deux heures.

Le 30, nous plaçâmes le numéro 3, et nous fîmes une injection.

Le 1er juillet, nous arrivâmes au numéro 4 et nous injectâmes environ 150 grammes d'eau ; la sonde fut bouchée et conservée pendant deux heures ; elle fut ensuite enlevée, et le malade, en rendant les urines, entendit tomber dans le vase un petit calcul ressemblant, pour sa forme et pour son volume, à un noyau d'olive. Il avait 9 millimètres dans son plus grand diamètre ; il pesait exactement la même chose que celui du malade précédent : 75 centigrammes.

Il m'est impossible de dépeindre la joie du malade : il arriva dans mon cabinet, son calcul à la main, me sauta au cou ; je le crus un moment saisi d'un accès de folie ; il n'en était pourtant rien ; il me raconta ce qui le rendait si heureux ; je l'en félicitai, tout en lui disant que la prudence exigeait d'attendre encore pour savoir si la guérison était complète.

Je le sondai deux fois avec le plus grand soin, et je ne rencontrai absolument rien dans la vessie : les douleurs avaient entièrement disparu ; il était évident que le malade était rendu à la santé.

Ce qui doit fixer, ce me semble, l'attention dans ce dernier cas, c'est premièrement l'extrême exiguïté du calcul, malgré des souffrances qui remontaient à dix ans, et la rapidité avec laquelle il en a été délivré : — 3 jours.

Comment s'expliquer qu'un calcul ait pu séjourner dans la vessie aussi longtemps, sans se recouvrir successivement de couches de concrétions, quand nous avons vu chez un malade, qui s'était introduit un porte-plume dans la vessie, où il n'avait séjourné qu'un mois ce corps étranger être recouvert en grande partie d'une couche de phosphate calcaire, qui formerait, si elle était réunie en masse, un calcul quatre fois au moins plus volumineux que celui de M. Monin ? On voit que, même dans les maladies les mieux connues, l'observation nous apprend toujours quelque chose de nouveau.

Nous avons eu plusieurs fois des nouvelles de notre malade : il jouit d'une santé parfaite, et il a retrouvé le bonheur dont il était privé depuis longtemps.

19. *Remarques sur quelques affections du col de la vessie;* par le docteur L.-Aug. Mercier.

(Revue médico-chirurgicale, juin 1849.)

Il n'y a que quelques jours seulement que, de retour d'un long voyage, j'ai pu prendre connaissance des intéressants Mémoires publiés par M. Miquel, dans les numéros de janvier et février de la *Revue médico-chirurgicale.* D'accord avec ce chirurgien sur les faits, car j'en ai observé de semblables, je ne le suis pas tout à fait sur l'explication. Qu'il me soit permis d'exposer ici mes raisons.

M. Miquel parle de rétentions d'urine qu'il attribue à l'inflammation et au gonflement chroniques de la prostate, et qui cessent, comme par enchantement à des lavements astringents et opiacés administrés pour des hémorrhoïdes dont ces rétentions étaient accompagnées.

Mais s'agissait-il bien positivement, dans ces cas, d'inflammation et de gonflement chroniques de la prostate ?

En premier lieu, il est question d'un petit garçon de deux ou trois ans, affecté de diarrhée habituellement et présentant tous les signes de calcul vésical. Des lavements amidonnés et opiacés firent cesser non-seulement la diarrhée, mais encore les accidents urinaires, et depuis vingt ans il n'a rien ressenti. Est-ce à cet âge que les gonflements chroniques de la prostate se manifestent ? Est-ce là la marche qu'ils affectent ?

Dans l'observation première, c'est un vaudevilliste qui, tourmenté d'accidents urinaires anciens, de dysurie habituelle et quelquefois de rétention complète, est soumis à des quarts de lavements opiacés dont il retire en *quelques jours* un soulagement remarquable et permanent. Mais un gonflement ancien de la prostate est-il ainsi susceptible de se résoudre en quelques jours ? Ce n'est certes pas ce que nous voyons dans les cas où le diagnostic a été établi d'une manière exacte, ce qui n'a été fait en aucune manière dans le cas présent.

Dans l'observation deuxième, un hémorrhoïdaire est pris de douleurs pour uriner ; les envies étaient fréquentes, les émissions lentes et difficiles... Des quarts de lavement avec 1 gramme d'extrait de ratanhia et 8 gouttes de laudanum de Rousseau sont administrés, et, dès le deuxième, les accidents vésicaux commencèrent à décroître sensiblement. — Mêmes réflexions que pour le cas précédent.

L'observation troisième a pour sujet un abbé hémorrhoïdaire qui, bien qu'approchant la cinquantaine, était tourmenté par

des érections opiniâtres avec douleurs pour uriner. Des lavements astringents et opiacés furent suivis d'un *prompt soulagement.* Je ne vois rien dans cette observation qui annonce un gonflement chronique de la prostate.

Dans l'observation quatrième, on constata par le rectum un engorgement de cette glande : les lavements opiacés firent qu'au bout de *quelques jours* le malade était plus facile à sonder, et que six semaines après la vessie se vidait presque complétement. Au bout de trois ans et demi, il cessa d'être soulagé ; la rétention se reproduisit et la mort survint. L'autopsie ne put être faite. Ici il existait un gonflement de la prostate ; mais ce gonflement ne me paraît pas avoir rétrogardé. Les épiphénomènes qui survinrent me paraissent tenir à une complication qui j'expliquerai incessamment.

Dans l'observation cinquième, un calculeux affecté d'hémorrhoïdes et de douleurs pour uriner fut soumis à des lavements opiacés et saturnés, et, dès le troisième ou quatrième, il se trouva beaucoup mieux. Au bout de quelques mois, squirre de l'orifice pylorique de l'estomac ; mort. On trouva vingt et un calculs dans la vessie et la prostate hypertrophiée. Rien sur la forme et les dimensions de cette glande.

Dans la sixième observation, le malade avait une rétention complète, à ce point qu'on songeait à lui ponctionner la vessie. Toutes les six heures on lui donna un quart de lavement astringent et opiacé, et *le lendemain* il urinait.

Dans l'observation septième, un vieillard, à la suite d'une course en charrette, vit de légères difficultés d'uriner se transformer en rétention complète. Antiphlogistiques d'abord, puis lavements astringents et opiacés. *Quatre jours* après ceux-ci, l'urine commença à venir, la guérison marcha graduellement et ne se fit même pas trop attendre.

En vérité, quand on voit la rétention d'urine céder si rapidement à l'emploi de lavements astringents et opiacés, est-il permis de croire que ceux-ci ont opéré une diminution dans le volume de la prostate ? N'est-il pas bien plus probable, au contraire, qu'il y avait, tantôt comme maladie principale, tantôt comme complication d'un engorgement de la prostate, un spasme des fibres musculaires obturatrices du col de la vessie, spasme que j'ai décrit page 82 du *Journal de chirurgie* pour l'année 1844 ?

Voici ce que j'ai dit en traitant des causes de ce spasme, que je regarde comme le premier degré de ce que j'appelle *valvules musculaires du col de la vessie :* « J'ai soigné un *jeune* homme qui, depuis plusieurs années déjà, est tourmenté par des *hémor-*

rhoïdes; à chaque fluxion, ou bien chaque fois que ses tumeurs s'étranglent, il éprouve dans tout le périnée un sentiment de constriction qui s'accompagne d'une très-grande difficulté d'uriner. Toutefois, cette difficulté disparaît dans l'intervalle des accès. M. Culson raconte que, chez une *dame* qu'il avait opérée pour des *hémorrhoïdes*, la vessie se paralysa et exigea l'usage de la sonde pendant plusieurs jours. Comme il ne donne pas d'autres détails, il reste à savoir s'il ne s'agissait pas plutôt d'un spasme du sphincter. J'ai vu si souvent commettre cette erreur, que je penche vers cette dernière opinion. Je rappellerai de nouveau ce *jeune* homme qui avait été atteint, dès son *enfance*, d'*hémorrhoïdes* et de rétention d'urine. Un autre malade, cité par M. Lallemand, avait été affecté d'*évacuations et de tumeurs hémorrhoïdales* dès ses jeunes années, et il eut, vers l'*âge de maturité*, des besoins fréquents d'uriner, des urines troubles et sanguinolentes. (*Recherches sur les valvules du col de la vessie cause fréquente et peu connue de rétention d'urine*, in-8°, 2e édition, page 62 et 96.) »

Je cite plus loin des fissures à l'anus et d'autres maladies du rectum qui ont produit le même résultat. Mais, pour nous en tenir aux hémorrhoïdes, je ferai remarquer que l'âge des sujets dont il est question dans cet extrait, et même le sexe de l'un d'eux, ne permettent pas de supposer qu'il existait chez eux un gonflement chronique de la prostate.

Voici maintenant ce que j'ai dit par rapport au traitement : « Quand le spasme du col de la vessie est dû à une affection du rectum, telle que fissure, ascarides, etc., *il faut combattre la cause ;* et, quant au spasme, on le suspend *souvent*, au moins momentanément, à l'aide des moyens que j'ai indiqués (*ibid.*, page 197).

Parmi ces moyens, je cite les antiphlogistiques, les révulsifs sur le périnée, etc., etc., et j'ajoute : « Un praticien éclairé pourra employer ces divers agents avec d'autant plus de chances de succès, qu'il les appliquera à des cas moins compliqués, et il pourra même y joindre *avec avantage* l'emploi des opiacés, de la belladone, de la jusquiame, de la ciguë, administrés par la bouche, *par l'anus*, ou même en frictions sur le périnée (*ibid.*, page 192). »

Plus loin, en parlant de l'emploi des purgatifs, je dis : « Il faut se garder de les continuer trop longtemps, et surtout d'employer ceux qui agissent particulièrement sur l'extrémité inférieure du gros intestin (*ibid.*, page 203). »

On voit que mes remarques concordent en tous points avec les observations de M. Miquel ; seulement, je crois donner à

celles-ci plus de valeur en leur donnant plus de précision. Je l'ai déjà dit : « les hypertrophies de la prostate qu'on méconnaissait si souvent il y a quelques années, ont acquis, dans ces derniers temps, une importance exagérée, et on prend souvent pour telles des maladies tout à fait différentes (*Op. cit.*, préface de la 1re édition). »

En voulons-nous encore une preuve ? passons au second Mémoire de M. Miquel. Dans l'unique observation qu'il renferme, il s'agit d'un homme de quarante-sept à quarante-huit ans. Cet âge n'est pas encore celui où se manifestent ordinairement les engorgements de la prostate ; toutefois, poursuivons. Il n'avait jamais souffert pour uriner ; mais, pendant une nuit, « il est pris tout à coup d'envie d'uriner et mis dans l'impossibilité absolue d'y satisfaire, même partiellement. » On le sonde avec une facilité extrême ; « pendant quelques jours l'urine coula comme par le passé. G... ne ressentait aucune douleur qui rappelât sa nuit pénible ; mais bientôt cette scène se renouvela une fois, deux fois, toujours aussi inopinément et se passant de même... Enfin, quelques mois après, et graduellement, la vessie finit par ne plus pouvoir se vider que par le cathétérisme, malgré les adoucissants, les bains et tout ce que nous essayâmes. Évidemment, nous devions avoir affaire là à une végétation de la prostate qui venait faire bouchon. »

Peut-on admettre qu'une altération de ce genre puisse se prêter à des changements aussi brusques et aussi répétés ? Supposons, au contraire, un état spasmodique du col de la vessie, nous comprendrons d'abord la brusquerie de l'invasion et des rechutes ; puis la permanence de la dysurie s'expliquera par ce passage de la maladie à l'état de contracture et même de rétraction.

Cela posé, je conclus qu'on obtiendrait très-probablement une guérison bien plus complète et entravée par moins d'accidents, en faisant l'incision de l'obstacle comme je l'ai recommandé dans les travaux que je viens de rappeler, qu'en le comprimant par l'appareil d'ailleurs très-ingénieux de M. Miquel.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 20. *Observations médico-légales sur les diverses espèces de suicides ;* par M. Brierre de Boismont.

(Suite : *voir* t. III, mars, 1849, p. 203 ; mai, t. V, p. 145.)

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1849.)

Instruments tranchants. — Un certain nombre attentent à

leurs jours au moyen d'instruments tranchants. La proportion de ceux qui se sont suicidés de cette manière est de 207, environ la 22e partie du chiffre général. Voici dans quel ordre se classent ces blessures pour les cas connus :

Section du col simple	57	71
Section du col et autres blessures	14	
Plaies pénétrantes du cœur		23
Plaies pénétrantes du bras et du pli du bras		7
— de la poitrine		6
— de l'épigastre		3
— du ventre		3
— du pied		1
		114

Section du col. — Le nombre de ceux dont nous avons recueilli les observations comprend 71 individus ; sur ce chiffre, 57 n'ont pas fait d'autres tentatives. Nous allons dire quelques mots des cas de cette catégorie. La proportion la plus forte a été celle des individus qui se sont coupé la gorge en avant sur la ligne médiane, avec des couteaux, des canifs, le plus ordinairement avec des rasoirs. Cet endroit est toujours celui qui est choisi de préférence ; mais, à raison de la disposition anatomique des vaisseaux, ce genre de suicide manque fréquemment son effet. Dans vingt-huit procès-verbaux contenant des détails assez précis sur cette lésion, l'instrument avait pénétré profondément dans les parties, divisé plus ou moins complétement les muscles, les vaisseaux artériels et veineux, le pharynx, la trachée artère, et ne s'était arrêté qu'à la colonne vertébrale. Dans plusieurs cas, la plaie, affreusement béante, laissait voir toutes les parties intéressées. Chez un individu qui présentait une plaie de 18 centimètres, la peau, le peaucier, les aponévroses cervicales, les muscles sterno-mastoïdien, thyro-hyoïdien, scapulo-hyoïdien, les veines jugulaires externe et interne avaient été divisés ; mais les carotides à nu étaient intactes. Un de ces malheureux, qui avait une plaie de 27 millimètres de profondeur sur 81 de largeur, tenait encore un rasoir à la main ; il s'efforçait de se porter de nouveaux coups : on fut obligé de le maintenir.

Beaucoup de ces larges blessures avaient été faites d'un seul coup, mais, dans d'autres cas, les suicides s'y étaient repris à diverses fois. Un de ces individus avait, en réalité, déchiqueté la plaie avec un canif ; un autre s'était mutilé la gorge avec une scie. Deux hommes eurent la force, après s'être coupé le cou devant la glace de leur cheminée, de faire un assez long trajet, en s'accrochant aux meubles et inondant tout l'appartement de leur sang, pour aller regagner leur lit, s'y étendre et mourir.

Section du cou par un instrument tranchant. — Mort.

Obs. XIV. — « Appelés par l'infirmier de la cinquième division, vers quatre heures et demie de l'après-midi, à l'effet « de donner des soins à un aliéné qui, disait-on, venait de se « couper la gorge, nous avons été conduits immédiatement dans « les lieux d'aisances, où le malade venait d'être découvert par « une personne qui allait s'y rendre. Dans cette pièce, qui peut « offrir en dimension 6 pieds de long environ sur 4 de large, « nous avons trouvé le sujet en question gisant sur le sol, la face « et le ventre contre terre, transversalement étendu devant la « porte, baigné dans son sang, et ne donnant aucun signe de « vie. La première chose que nous fîmes fut d'examiner la plaie, « qui, par sa profondeur et son étendue, nous parut plus que « suffisante pour mettre hors de doute que le malade eût du « succomber rapidement par la grande quantité de sang qu'elle « avait fourni. Les vêtements étaient remplis de sang, mais « intacts du reste et dans l'ordre où ils se portent habituellement, si ce n'est que le pantalon était déboutonné et abaissé « sur le derrière du malade. Le bras gauche était ramené vers « le corps, et compris entre ce dernier et le carreau, comme si « le malade était tombé sur ce membre. Le bras droit était « médiocrement distant du tronc, appuyé dans toute son étendue sur le sol, et, par l'extrémité inférieure de l'avant-bras, il « reposait sur un rasoir ouvert à angle droit et ensanglanté. « Nous ne devons pas omettre que le carreau était inondé de « sang, particulièrement au niveau des points où portait la tête.

« La plaie du cou était étendue à partir d'un point situé à « un demi-pouce au-dessous de la partie inférieure de la conque « de l'oreille gauche, jusqu'à un pouce au-dessous de l'extrémité inférieure du lobule de l'oreille droite. Cette plaie, parallèle, dans son trajet, à la ligne que présente le bord inférieur de la mâchoire inférieure, est oblique de bas en haut et « d'avant en arrière, comme si le tranchant de l'instrument « avait été dirigé obliquement en haut et en arrière. Cette « plaie, à son extrémité gauche, n'intéresse d'abord que la peau, « sur la face interne et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, « dont les fibres sont intactes; elle offre tout à fait à son origine deux divisions qui indiquent que l'instrument y a été « porté à deux reprises différentes. En dedans du sterno-mastoïdien, la plaie, continuant son trajet en bas et en avant, « intéresse la veine jugulaire interne au niveau du point où elle « reçoit la faciale; la carotide interne n'était point lésée. Sur

« la ligne médiane, l'instrument a porté sur l'intervalle qui « sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde, et a divisé successi- « vement les muscles qui recouvrent la membrane thyro-hyoï- « dienne, cette membrane elle-même, puis l'épiglotte dont il a « détaché complétement un lambeau elliptique, ce qui s'explique « par la direction de l'instrument. A travers l'ouverture due à « la perte de substance de l'épiglotte, on aperçoit la paroi pos- « térieure du pharynx, tapissée par des caillots de sang.

« A partir de la ligne médiane, la plaie remontait en haut « en dehors et en arrière, d'abord sur le bord intérieur du sterno- « mastoïdien dans l'espace d'un pouce, en intéressant seulement « la peau et nullement les fibres de ce muscle, mais bientôt « elle s'enfonçait dans la profondeur de ces fibres charnues jus- « qu'à la terminaison. Au fond de la plaie, on voyait à nu l'ar- « tère carotide interne et la veine jugulaire interne qui étaient « intactes. L'incision des téguments est fort nette dans toute « l'étendue de la plaie, à l'exception d'un point un peu inégal, « situé vers la lèvre inférieure de la solution de continuité, un « peu en dehors de la ligne médiane du côté gauche. Quant à « la solution de continuité qui existe dans les fibres du sterno- « mastoïdien droit, elle n'est point nette comme le reste de la « plaie, mais elle offre des entailles, qui, par leur disposition, « semblent prouver que l'instrument, au moins de ce côté, n'a « point marché d'un seul trait, mais a été poussé à diverses re- « prises dans cette voie, et qu'en outre il était dirigé de gauche « à droite et de bas en haut.

« L'examen de l'extérieur du cadavre ne nous a révélé aucune « autre lésion, aucune trace de violence extérieure.

« *Signé :* AUBANEL et GROSLAMBERT. »

Le pronostic de ces sortes de blessures peut donner lieu à des erreurs. A deux reprises différentes, des chirurgiens distingués déclarèrent la blessure mortelle, et quelques jours après, les malades quittaient l'hôpital radicalement guéris.

Nous avons dit que quatorze individus avaient cherché à se donner la mort non-seulement par la section du col, mais encore en se frappant ailleurs ; le plus grand nombre des individus de cette catégorie ont essayé de s'ouvrir les veines du bras et les artères, plusieurs y sont parvenus. D'autres se sont ensuite jetés par la fenêtre. Un de ces derniers, après s'être fait une blessure au front, avoir divisé la carotide droite, l'artère crurale, le pli du bras, tomba par terre à raison de la grande quantité de sang qu'il perdait; il se releva ensuite et s'élança de la croisée dans la rue.

Section du cou par un instrument tranchant. — Précipitation d'un lieu élevé.

Obs. XV. — « Je soussigné, docteur en médecine de la faculté « de..., certifie avoir été appelé cejourd'hui 22 février à onze « heures et demie du matin par M. le commissaire de police du « quartier de la Sorbonne à l'effet de donner mes soins à un « homme qui venait de se précipiter du haut d'une maison.

« Je me suis transporté rue de... dans un hôtel garni occupé « par des étudiants. On m'a fait entrer dans une chambre si- « tuée au rez-de-chaussée et éclairée par une croisée sur la « rue. On m'a alors représenté le corps d'un jeune homme de « vingt à vingt-quatre ans, placé sur un lit situé au fond de « cette chambre. Je me suis approché et j'ai reconnu que ce « jeune homme donnait encore des signes de vie : que la res- « piration était régulière, mais qu'il était privé de toute con- « naissance, quoique la sensibilité existât. Après avoir examiné « avec soin cet individu, qu'on m'a dit être étudiant en droit, « j'ai constaté ce qui suit : Une partie de la face, tout le col « et la poitrine sont couverts de sang. On aperçoit autour du « cou un grand nombre de solutions de continuité, toutes cir- « culaires de différentes profondeurs, se dirigeant de droite « à gauche ; ce qui donne à présumer que ce jeune homme se « servait habituellement de la main gauche.

« On trouve à la partie supérieure du cou au-dessous de « l'apophyse mastoïde, du côte droit, cinq plaies les unes au- « dessous des autres à une distance très-rapprochée, intéressant « la peau seulement ; mais à mesure que l'on approche du la- « rynx, une de ces plaies acquiert de la profondeur, et la peau « se voit alors entièrement divisée, cette blessure se prolonge « du côté opposé jusqu'à l'angle de réunion du corps de l'os « maxillaire avec sa branche.

« Au-dessous de cette solution de continuité s'en trouve une « seconde située à un travers du doigt au-dessus des clavicules, « et affectant une forme circulaire commençant du côté droit « au bord interne du muscle sterno-mastoïdien, et s'étendant « jusqu'au même muscle du côté opposé. Toute la peau et le « muscle peaucier sont entièrement divisés, le larynx et le tra- « chée-artère ne sont pas ouverts, quoique certains muscles « superficiels de cette région aient été divisés. On observe en- « core une fracture comminutive du bras droit.

« Au milieu de la chambre on aperçoit environ 300 grammes « de sang artériel, répandu sur le plancher ; dans une petite

« tasse placée à terre, 30 grammes du même sang ; sur le car-
« reau se trouve un rasoir ouvert dont la lame et le manche
« sont couverts de sang; un autre rasoir également couvert de
« sang est placé sur une commode; la barre d'appui de la
« croisée et la pierre située au dehors sont imprégnées de
« sang, on remarque même sur cette pierre l'impression des
« pieds, ce qui indique que ce jeune homme s'est tenu debout
« sur la croisée pour se précipiter dans la rue, et que même
« il y a dû avoir de l'hésitation de sa part pour se précipiter.

« De l'examen des plaies, de leur direction, et des circon-
« stances accessoires, je conclus : que cet individu à cherché
« à se donner la mort en se coupant le cou ; qu'il a voulu at-
« teindre l'artère carotide droite, dont il sentait les battements,
« mais que la douleur produite par la section lui a fait renou-
« veler plusieurs fois sa tentative ; et qu'enfin voyant que sa
« main n'était pas assez ferme pour faire une blessure immédia-
« tement mortelle, il s'est déterminé à se jeter par sa fénêtre
« dans la rue.

« *Signé :* MARYE. »

Dans un autre cas, l'individu, après s'être fait deux sections superficielles au cou, deux autres sections à la partie interne de chaque bras, coupa le saphène, et périt par l'hémorrhagie de cette veine. Un de ces malheureux qui avait divisé les carotides, ouvert la trachée, et traversé le poumon, montrait encore une telle fureur que, quoique mortellement blessé, personne n'osa lui retirer le couteau dont il s'était servi pour accomplir ces différents actes.

Un certain nombre s'étaient fait, en outre, des blessures au ventre, par lesquelles s'échappaient des anses intestinales divisées. Un des individus se coupe le cou, la racine de la verge, se fait une plaie pénétrant au cœur, une autre à l'abdomen et s'ouvre enfin le vaisseaux de l'avant-bras.

Plaies du cœur. — Vingt-trois individus se sont donné la mort en se frappant au cœur; l'un d'eux, outre la blessure principale, avait vingt-cinq piqûres à la région précordiale. Deux avaient enfoncé l'instrument à diverses reprises, et présentaient trois et même un plus grand nombre de plaies de cet organe ; les blessures, dans ce dernier cas, avaient été faites par un foret. Qautre individus n'ont cessé de vivre qu'un temps plus ou moins long après la plaie pénétrante. Le premier a survécu une heure à une blessure occasionnée par un grand couteau de chasse qui lui avait traversé l'organe ; le deuxième, qui s'était enfoncé un

poignard dans le ventricule gauche, vécut deux heures; le troisième, qui avait le cœur également traversé, a parcouru une distance de plus de cent pas pour se rendre à l'hôpital, où il est mort presque aussitôt en arrivant; le quatrième, qui s'était donné un coup de couteau, dont la lame avait pénétré dans le ventricule gauche, n'expira qu'au bout de six jours. Un homme se donne quatre coups de poignard, dont deux pénètrent dans le ventricule gauche, et il a encore la force de se jeter à l'eau. Les faits avaient été constatés par plusieurs témoins ; le cadavre ne fut repêché que longtemps après, présentant des signes d'une décomposition avancée. Sans les circonstances commémoratives, comment aurait-on pu reconnaître s'il avait été assassiné ou s'il s'était suicidé ?

Plaie du cœur par instrument tranchant. — Mort.

Obs. XVI — « Nous, soussignés, docteurs en médecine de la « Faculté de Paris, nous sommes rendus cejourd'hui, 24 octobre « 1835 à dix heures du matin, à l'hôpital Beaujon, à l'effet de « prodéder, conformément à l'ordonnance de M. Desclozeaux, « substitut du procureur du roi, en date d'hier, à l'autopsie de « la fille L..., afin de déterminer les causes de sa mort, et de « reconnaître si elle a été volontaire ou le résultat d'un meurtre.

« Et, après avoir prêté serment entre les mains de M. Bru- « zelin, commissaire de police, commis à cette fin, nous avons « prodédé ainsi qu'il suit :

« *Extérieur du cadavre.* — Il n'existe aucun signe de vio- « lences extérieures autres que celui qu'on remarque à la partie « gauche et antérieure du thorax, qui consiste en une incision « de 8 à 9 lignes de longeur dirigée en travers, offrant un angle « mousse à gauche, un angle aigu, et une queue résultant de « l'application oblique du tranchant de l'instrument vers le « côté droit.

« L'abdomen et le thorax ayant été ouverts simultanément, « nous avons reconnu que l'instrument avait pénétré entre les « quatrième et cinquième côtes gauches à un pouce du sternum. « La plèvre gauche contenait environ une livre de sang, tant « liquide qu'en caillots.

« Le péricarde offre antérieurement et à gauche une incision « de 6 lignes parallèle à la plaie des téguments ; cette mem- « brane ouverte a laissé apparaître le cœur complétement en- « veloppé d'une membrane rougeâtre, d'une épaisseur uniforme, « résultant de la concrétion de la partie fibrineuse du sang. Ce « sac, simulant une espèce de nouveau péricarde, a été ouvert

« et a mis à nu le cœur. Cette membrane rougeâtre était à « peine imbibée de sang, toute la partie liquide s'étant écoulée « par la plèvre.

« La face antérieure du ventricule gauche étant découverte, « nous avons reconnu une plaie qui avait pénétré cette cavité « du cœur, et avait donné lieu à l'épanchement du sang, et par « suite à la mort. Cette plaie, étroite, de 4 lignes en dehors et « de 3 lignes à l'intérieur, réduite encore par la contraction du « cœur et la coïncidence de ses bords, n'a permis au sang de « s'écouler qu'avec quelque difficulté, ce qui explique le retard « de la mort survenue au moins quinze heures après la blessure.

« De ces faits, nous concluons que la mort est bien réelle- « ment le résultat de la blessure du cœur. Quant à la question « du suicide, son existence nous paraît démontrée par la direc- « tion de la blessure, par l'inclinaison du tranchant de l'instru- « ment vers la main droite, et par l'absence des traces qui au- « raient été le résultat d'une lutte. Toutefois, nous devons « reconnaître que ces signes ne pourraient nous fournir une « démonstration rigoureuse, parce qu'une blessure subite aurait « pu déterminer une syncope immédiate, et empêcher toute « défense.

« L'instrument encore teint de sang, qui nous a été repré- « senté, et qui est un couteau de cuisine à lame étroite et mince, « s'adapte exactement au trajet de la blessure. La blessée a dit : « Si vous aviez pitié de moi, vous m'achèveriez.

« *Signé :* West, Ph. Blandin. »

Plaie du bras et du pli du bras. — Plusieurs rapports constatent qu'outre la tentative de suicide par section du cou, quelques individus se sont ouvert les vaisseaux du bras ; sept ont succombé par ces seules hémorrhagies. Les uns se sont bornés à diviser les vaisseaux ; les autres ont coupé d'un seul trait peau, muscle, veines, artères et nerfs. Un d'eux s'ouvrit les deux céphaliques, et s'asphyxia ensuite avec du charbon ; il put être rappelé à la vie, et ne succomba que 28 jours après. A l'autopsie, on trouva pour toutes lésions des traces de méningite chronique.

Section du col. — Division des vaisseaux du bras. — Mort.

Obs. XVII. — « Sur la réquisition de M. le commissaire de « police du quartier des Arcis, nous soussigné médecin de l'é- « tat civil et du bureau de bienfaisance du septième arrondis- « sement, etc., déclarons et certifions nous être transporté, « vers six heures du matin, rue de ..., n° ..., à l'effet de

« visiter le corps d'un homme, que l'on a trouvé mort dans la « cour de ladite maison.

« Rendu sur les lieux, nous avons aperçu le cadavre de cet « homme, que l'on nous a dit être celui du sieur J... B..., « ébéniste, âgé d'environ trente-six ans, demeurant rue de la « T..., n° ... Il était couché en travers, la face sur le pavé, « le bras gauche plié sous son corps, le bras droit étendu, et le « corps appuyé sur une petite caisse, en bois de sapin, brisée « sans doute par la chute de son corps, dont les pieds étaient « tournés du côté de l'escalier et près le ruisseau de la cour.

« Ce cadavre était vêtu d'un pantalon et d'une chemise ; il « était froid, et les membres roides ; la chemise était ensan- « glantée. Nous avons noté une certaine quantité de sang coa- « gulé sous la face et sous le corps ; nous avons aussi remarqué « qu'une certaine quantité de sang avait coulé dans le ruisseau « de la cour.

« Aussitôt après cette inspection, nous avons procédé à la « visite de ce cadavre ; en le retournant sur le dos, nous avons « aperçu tout d'abord une large incision transversale située à la « partie antérieure de la gorge ; cette plaie, qui n'intéresse que « la peau, la glande thyroïde, et quelques petits vaisseaux de « peu d'importance, nous a présenté environ 60 millimètres de « longueur ; elle laisse le larynx à découvert sans le léser.

« En redressant et en allongeant le bras gauche, nous avons « découvert une large incision située transversalement au pli « du bras, et présentant à peu près 80 millimètres de longueur ; « elle divisait la peau, les veines du pli du bras, et l'artère « brachiale.

« Sur tout le reste du corps, nous n'avons remarqué ni con- « tusions, ni plaie, ni aucune trace de violence.

« Après cet examen, nous sommes monté à la chambre qu'oc- « cupait le sieur B..., située au premier étage sur la cour, et « éclairée par une croisée fermée en dedans ; la porte, donnant « sur le carré, était ouverte. Introduit dans un cabinet y atte- « nant, servant de chambre à coucher, et éclairé par une croi- « sée aussi fermée en dedans, nous avons trouvé sur un lit ca- « napé, vers la tête à gauche, une grande quantité de sang ; une « chemise, roulée sur le lit, en était remplie ; elle avait dû ser- « vir de tampon pour arrêter l'écoulement du sang. Entre le lit « et une armoire qui sert à renfermer des marchandises, il y « avait une mare de sang coagulé ; nous avons aussi remarqué « du sang en petite quantité et par gouttes, depuis les pieds du « lit jusqu'à la porte qui donne sur le carré ; mais il n'en exis-

« tait aucune trace dans l'escalier ; ce qui nous fait penser que « cet homme, en sortant de sa chambre (peut-être pour avoir « du secours), avait fortement plié le bras gauche, et fléchi la « tête sur la poitrine pour empêcher l'écoulement du sang ; que « celui observé sur la chemise qui le recouvrait aura coulé de « ses blessures avant et pendant ce trajet; que, rendu dans la « cour, il sera tombé sur cette petite caisse dont nous avons « parlé, et l'aura brisée dans sa chute.

« En visitant le cabinet où couchait cet homme, on voyait « sur une chaise, aux pieds de son lit, un petit ciseau de me- « nuisier, le manche et la lame étaient ensanglantés. Dans un « des plis du drap de son lit, il y avait un rasoir ouvert; le « manche et la lame étaient aussi ensanglantés.

« En résumé, nous pensons que la mort du sieur B... est le « résultat d'un suicide, surtout si nous en croyons la déclaration « de quelques personnes présentes à notre visite. Ce suicide « aurait eu lieu dans la nuit, vers les onze heures, et la mort à « une heure du matin. Les larges blessures que nous avons con- « statées au cou et au bras gauche auraient été faites dans l'ob- « scurité, car nous n'avons trouvé aucune trace de lumière. La « main droite, qui devait tenir l'instrument à l'aide duquel les « blessures, toutes de gauche à droite, auraient été faites, était « mal assurée, car plusieurs blessures au cou et au bras gauche « présentaient une longueur de plus de 60 millimètres et n'in- « téressaient que la peau, avant de pénétrer profondément « comme nous l'avons déjà dit.

« Cet homme aura dû, pour se donner la mort, se servir d'a- « bord du ciseau dont nous avons parlé, et ensuite de son rasoir ; « il aura dû commencer par la section du cou ; et sa mort est le « résultat de l'hémorrhagie occasionnée par la section des « veines du bras et de l'artère brachiale.

« *Signé :* DUROCHER. »

Plaies de poitrine. — Les individus qui se sont tués par le poumon sont au nombre de six. Dans un cas l'organe avait été deux fois traversé. La blessure était si large dans un autre, que les poumons faisaient hernie à travers la plaie. Un de ces hommes s'était frappé à vingt fois différentes, et beaucoup de ces coups avaient pénétré. Un médecin déclara chez l'un d'eux que la blessure n'était pas grave et la mort survint quelques heures après.

Plaies de l'épigastre. — La mort n'est pas toujours instantanée dans les blessures de cette région, malgré leur gravité. Un

homme se perce avec son sabre en s'appuyant sur la pointe ; la lame sort au-dessous de l'omoplate gauche. Le blessé a la force de retirer l'instrument tranchant de son corps et de donner lui-même des explications. Ce fait nous rappelle l'observation d'un de nos compatriotes qui reçut, il y a plus de trente ans, dans un duel, un coup de sabre dont la garde lui servit de plastron ; il parcourut près d'un quart de lieue appuyé sur ses deux témoins. L'estomac avait été percé d'outre en outre.

Plaies de l'abdomen. — Elles étaient au nombre de trois. L'une d'elles était compliquée de lésions fort nombreuses et donna lieu à une erreur de diagnostic remarquable. Le jéjunum avait été traversés, trois fois la veine cave ouverte, le sein gauche traversé, le foie blessé, le diaphragme, le péricarde et le ventricule droit traversé, l'aorte divisée ; l'instrument tranchant avait été évidemment enfoncé et retourné dans différentes directions. Pendant près de trois heures, ces nombreuses blessures ne déterminèrent aucune accident, et le chirurgien de l'hôpital émit l'opinion que la plaie n'était point pénétrante. La mort eut lieu instantanément.

Empoisonnement. — A mesure que nous avançons dans l'étude des différents genres de suicide, nous voyons leur proportion décroître d'après des règles qu'il serait facile d'établir. Ainsi tandis que la mort par instruments représentait environ la 22e partie du chiffre général, celle par les empoisonnements n'en est plus que la 29e partie, et son rang dans l'échelle du suicide le 7e. Tant il est vrai que dans cette résolution suprême, l'homme choisit encore en général les moyens qui lui paraissent devoir le faire moins souffrir. Le nombre des empoisonnements connus est de 158. Sur cette proportion, 44 rapports énoncent seuls les substances qui ont été employées. On peut les classer de la manière suivante :

Acide sulfurique	16
Acide nitrique	7
Arsenic	6
Opium, laudanum	5
Noix vomique	2
Colchique	2
Eau-de vie	2
Acide prussique	2
Bleu de Prusse	1
Eau seconde	1
	44

Acide sulfurique. — Les symptômes offerts par les seize individus dont nous avons recueilli les observations, ont été presque

constamment les mêmes. Suivant la concentration plus ou moins grande de l'acide, la muqueuse et les parties sous-jacentes présentaient une couleur d'un blanc sale, blanchâtre, noirâtre, brunâtre, brun noir. Les tissus dans d'autres cas étaient corrodés, réduits en une escarre pultacée, noirâtre ; ces escarres se retrouvaient jusque dans l'estomac. Quelquefois il y avait simplement des érosions et la muqueuse épaissie était recouverte d'un enduit crémeux. Dans d'autres cas, la bouche entière était tapissée de fausses membranes. Chez un individu, toute la membrane muqueuse était blanchâtre, boursouflée et se détachait par lambeaux. Dans une autre circonstance où la langue et l'intérieur de la bouche étaient d'un noir brun, l'acide avait donné à la peau depuis la commissure jusqu'au cou une couleur jaune roussâtre, une portion du vêtement qui recouvrait cette partie avait été transformée en une pâte gris-brunâtre.

Dans presque tous ces cas, il y avait des vomissements de matières noirâtres, sanguinolentes.

Un individu qui s'était empoisonné avec l'acide sulfurique, se coupa immédiatement d'une main ferme la gorge dans sa presque totalité, jusques et y compris la trachée.

Plusieurs de ceux qui s'étaient empoisonnés avec l'acide sulfurique n'offrirent que des symptômes peu intenses.

Acide nitrique. — Sur les sept individus dont l'examen put être fait, deux présentèrent des taches brunâtres de la muqueuse buccale et des débris de fausse membranes. Chez un des ces individus, la mort survint plus particulièrement par la tuméfaction de la glotte et de l'épiglotte. Presque toujours les taches étaient jaunâtres ou d'un blanc jaunâtre ; on les rencontrait sur les lèvres, sur la bouche. Dans plusieurs cas, l'épiderme de la bouche, de la langue, était enlevé, la langue racornie et les membres rétractés.

Un de ces individus vécut un mois, la langue dénudée, avec des symptômes de gastrite suraiguë. Dans un cas, il n'existait point de coloration jaunâtre au pourtour des lèvres, dans la bouche, le pharynx ; mais à la fin de l'œsophage, dans l'estomac et à l'orifice pylorique, il y avait des escarres jaunâtres, la muqueuse était détruite au grand cul-de-sac ; il y avait aussi des escarres jaunâtres flottantes dans le duodénum. Les vomissements ont été moins observés que dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

Arsenic. — Des six individus chez lesquels la mort eut lieu par cet empoisonnement, deux n'éprouvèrent que des souffrances très-modérées ; ils ne se plaignaient point, accusaient à peine des

douleurs ; ils vomissaient et allaient à la garde-robe sans effort. Ils s'éteignirent en quelques heures, sans lutte, sans altération des traits, sans contraction, et comme par un simple épuisement de la force nerveuse.

Dans deux autres cas, la mort fut assez rapide ; l'un de ces hommes avait pris le poison à cinq heures du matin ; les déjections commencèrent à six heures (une après), les vomissements à sept ; la mort eut lieu à midi. L'autre s'était ingéré l'arsenic à six heures du matin ; la mort survint à une heure de l'après-midi, sans douleur. Chez un de ces suicidés on nota des lésions cérébrales qui ont été données comme presque à la folie. L'arachnoïde était épaissie, injectée, adhérente ; les substances grise et blanche fortement piquetées ; la membrane muqueuse intestinale rosée ; les poumons avaient une coloration rouge sanguinolente. On n'avait jamais constaté chez lui de signes de folie. Une fois on trouva les pupilles dilatées ; la rétine ecchymosée, le ventre ballonné. Enfin, dans un cas, les mains étaient crispées, violacées, les mâchoires serrées, la rigidité cadavérique plus grande et plus prompte.

Opium, laudanum. — Cinq fois les circonstances furent notées avec quelques détails. Dans deux cas les individus semblaient dormir ; l'un de ces hommes avait pris de l'eau-de-vie en même temps : la mort survint sans souffrance. Une fois les pupilles furent trouvées contractées quatre heures après la mort ; une autre fois elles étaient dilatées et la conjonctive injectée. Un cas de mort double nous a paru offrir quelques particularités intéressantes : un homme et une femme se donnent la mort par contrariété d'amour ; on constate seulement l'événement quatorze jours après. Des débris de charbon semblent attester que l'asphyxie par l'acide carbonique a été la cause de ce double suicide, mais on trouve dans la main de la femme un flacon ayant contenu du laudanum. L'homme qui avait succombé aux seuls effets du charbon présentait une couleur noire ; la putréfaction était très-avancée, l'odeur infecte ; la femme, parfaitement conservée, offrait une légère coloration rosée un enfoncement des yeux, des traits grippés, la roideur cadavérique des membres ; les ongles étaient mous, les doigts contractés.

Deux individus s'étaient empoisonnés avec la *noix vomique ;* chez l'un, les extrémités étaient rétractées, le ventre ballonné et les pupilles dilatées ; chez l'autre, les lèvres et la langue avaient une couleur foncée, les dents une teinte verdâtre ; le ventre était ballonné, très-dur.

Deux jeunes sœurs se suicidèrent à quelques années d'inter-

valle, au moyen de la teinture de colchique ; les *Annales d'hygiène* ayant donné leurs observations, nous renverrons à la collection de ce recueil.

Un homme qui s'était fait mourir avec de l'acide prussique, présentait une rigidité cadavérique très-grande ; les extrémités des deux mains étaient violacées, et les poignets contractés comme dans les convulsions de l'enfance ; le facies était celui d'un homme fatigué par une maladie chronique ou par des excès. Nous avons recueilli l'observation d'un homme chez lequel l'acide prussique ne détermina presque aucun accident ; saisissant le flacon qu'il portait toujours sur lui, il le porta rapidement à sa bouche : « C'est fait ! » dit-il aux personnes qui avaient voulu s'opposer à son action ; et à l'instant il s'affaissa et rendit le dernier soupir sans convulsion.

Un individu ayant succombé à un empoisonnement par l'eau seconde (acide nitro-muriatique), on trouva l'estomac ulcéré et perforé il avait contracté des adhérences avec la rate ; l'abdomen était le siége d'une péritonite ; l'estomac, entre ses ulcérations et ses rides nombreuses, était considérablement raccorni ; le pharynx et l'œsophage étaient revenus sur eux-mêmes. L'individu avait vécu trois mois, et sa santé générale paraissait même bonne ; un excès d'aliment fut la seule cause appréciable des accidents qui amenèrent la mort.

Nous donnons ici quelques procès-verbaux d'empoisonnements.

Empoisonnement par l'acide sulfurique. — Mort.

Obs. XVIII. — « Je soussigné, docteur en médecine, sur la « réquisition de M. le commissaire de police, me suis rendu « cejourd'hui, à une heure de relevée, au poste de la barrière « Saint-Denis, à l'effet de porter des secours à un individu qu'on « disait empoisonné.

« Arrivé près de lui, il m'a déclaré que par désespoir, il « avait bu une demi-heure auparavant un verre d'acide sulfu- « rique du commerce qu'il s'était procuré chez un marchand de « couleurs de la rue des Prouvaires. Il est couché sur le lit de « camp, son habit de couleur noire est à côté de lui. Le collet « de cet habit, de peluche noire, a des taches couleur rouille de « fer, ainsi que son chapeau et la doublure de son gilet. Sa « chemise couleur lilas, est comme brulée par place ; c'est l'ef- « fet de la décomposition du tissu de la matière colorante par « l'acide.

« La peau qui recouvre le sternum est brunâtre, et cautérisée « assez fortement dans l'étendne de 4 pouces sur 1. Le pourtour

« de la bouche et des lèvres sont à peu près dans le même état.
« Toute la cavité buccale et surtout la langue présentent les
« mêmes altérations; du reste, la parole du malade est brève,
« difficile à bien saisir.

« Il est pâle, défait ; le pouls est fréquent, et un peu plein à
« mon arrivée ; la peau est recouverte d'une légère sueur froide.
« Le plus léger contact sur l'épigastre et le ventre déterminent
« les plus vives douleurs.

« Je m'empresse de lui administrer le contre-poison ; je par-
« viens même à neutraliser l'acide ; mais les secours sont
« venus trop tard. D'abord le malade paraît se trouver beau-
« coup mieux ; il est plein d'espérance ; il seconde tous nos ef-
« forts ; il boit avec avidité, mais les douleurs augmentent con-
« tinuellement ; il se désespère ; il appelle la mort ; il demande
« avec instance qu'on la lui donne pour abréger ses souffrances.

« A deux heures moins un quart, le pouls devient petit et
« lent ; les douleurs lui arrachent des cris affreux ; il rend une
« urine sanglante en assez grande quantité. A deux heures
« cinq minutes il vomit un liquide d'abord brunâtre qui
« ne fait plus ou presque plus effervescence avec le sous-car-
« bonate de magnésie ; puis le liquide prend la couleur choco-
« lat. Ses traits s'altèrent d'une manière effrayante ; il fait des
« sauts, ne tient plus en place ; il succombe à deux heures vingt
« minutes.

« L'autopsie révèle des lésions fort étendues. La muqueuse
« buccale et la langue sont couvertes d'escarres brunâtres, noi-
« râtres et grisâtres. L'œsophage est d'un gris noirâtre dans
« plusieurs endroits, des portions assez étendues peuvent en
« être facilement détachées ; le diamètre est évidemment dimi-
« nué. Les mêmes altérations se trouvent dans l'estomac, mais
« à un degré moins prononcé ; le grand cul-de-sac est converti
« en une matière pultacée. L'organe contient une assez grande
« quantité de liquide brunâtre. « *Signé :* Colomb. »

Empoisonnement par l'acide nitrique.

Obs. XIX. — « Nous soussignés, docteurs en médecine de
« la Faculté de Paris, nous sommes rendus ce matin, 22 mai
« 1835, à l'amphithéâtre de la Charité, afin de procéder con-
« formément à l'ordonnance de M. le procureur du roi en date
« d'hier, à l'autopsie de la fille L. . . , âgée de vingt ans, et là,
« après avoir prêté serment entre les mains de M. Noël, com-
« missaire de police délégué, nous avons procédé ainsi qu'il
« suit :

« *Extérieur du cadavre.* — Apparence d'une bonne constitu-
« tion ; traces de saignées aux deux bras et de sangsues à l'ab-
« domen. La face palmaire de la main droite et une partie de
« la face dorsale du pouce et de l'index offrent une coloration
« jaune serin, qui ne s'enlève pas par le lavage, et qui a l'appa-
« rence des taches produites sur la peau par l'acide nitrique ; —
« trace semblable et très-légère sur l'index du côté gauche. Les
« lèvres et surtout la supérieure, offrent des traces semblables
« avec dessiccation et couleur rouge brun des parties voisines de
« l'épithélium.

« *Abdomen et thorax.* — La surface antérieure de l'estomac
« offre quelques adhérences récentes et légères avec la paroi
« antérieure de l'abdomen. Une tache jaunâtre et à peu près
« triangulaire de la partie antérieure de l'estomac a l'apparence
« d'une escarre. La plèvre présente quelques adhérences molles
« et récentes entre la base du poumon et la convexité du dia-
« phragme. L'épiderme de la muqueuse de la voûte palatine
« est parsemé de taches, les unes jaunes légères, les autres d'un
« brun clair, il s'enlève facilement. La partie moyenne de la
« langue offre également ces deux nuances. Tout l'intérieur du
« pharynx, l'ouverture du larynx et une partie de sa face interne
« sont enflammés, on observe de la rougeur et des couches albu-
« mineuses dans quelques points, plastiques dans quelques autres.

« Toute l'étendue du tube digestif étant mise à découvert,
« l'estomac a été compris entre deux ligatures, et placé au-
« dessus d'un bocal parfaitement rincé. Les parois étaient con-
« tractées, racornies, épaissies. Il a été incisé, il s'en est écoulé
« une once d'un liquide, brun, jaunâtre, trouble. La surface
« intérieure offre une teinte jaune, prononcée et verdâtre en
« quelques points. Elle est inégale, mamelonnée et la muqueuse
« est détruite en plusieurs points. On voit adhérer à la surface
« de petits globules brillants et d'autres noirâtres qui ont l'ap-
« parence du mercure métallique pour les premiers. L'incision
« de l'épaisseur de ces parois fait reconnaître de larges escarres
« jaunâtres, qui intéressent en quelques points toute l'épaisseur
« des parois, à l'exception du péritoine. L'œsophage incisé, on
« constate une teinte jaunâtre avec épaississement de la mem-
« brane muqueuse. Les intestins ayant été enlevés et ouverts
« au-dessus d'une terrine vernissée, on en a retiré un liquide
« jaunâtre et épais dans le voisinage de l'estomac.

« La matrice a ses dimensions habituelles et est à l'état de
« vacuité ; l'encéphale était parfaitement sain. Les poumons
« étaient engoués. Le cœur est dans l'état naturel.

« Des faits ci-dessus nous concluons que la mort a été causée « par l'ingestion d'une liqueur corrosive qui a produit des lé- « sions semblables à celle qui provient d'un empoisonnement « par l'acide nitrique. L'analyse chimique n'a laissé aucun doute « à cet égard.

« M. Rayer nous a raconté qu'il avait également reçu dans « son service un jeune homme qui avait des nausées continuel- « les ; plusieurs médecins, après l'avoir examiné avec attention, « s'imaginèrent qu'il simulait un empoisonnement. On ne trou- « vait, en effet, aucune trace de substance corrosive sur les « lèvres, dans l'intérieur de la bouche et même dans l'arrière- « bouche. A l'autopsie, on constata toutes les lésions propres à « l'empoisonnement par l'acide nitrique. Cette absence de symp- « tômes propres venait de ce que ce jeune homme avait avalé « l'acide à la régalade, ce qu'il avait d'ailleurs lui-même dé- « claré. »

Empoisonnement par le bleu de Prusse. — Mort. — Autopsie.

Obs. XX. — « Aujourd'hui, 6 octobre 1855, à neuf heures « et demie du matin, nous, soussignés, après avoir prêté ser- « ment entre les mains de M. Bouley, commissaire de police, « avons procédé, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité, à « l'autopsie du cadavre de la nommée M... D...

« *Extérieur du cadavre.* — L'aspect du corps est celui d'une « femme de trente à quarante ans, ayant eu des enfants. Aucune « trace de violences ou sévices externes ; seulement les deux « mains, la face, le cou, et la partie antérieure du thorax, offrent « une coloration en bleu plus ou moins foncé. Les dents et l'in- « térieur de la bouche offrent des nuances semblables. Le bril- « lant de l'émail dentaire a disparu.

« *Ouverture de l'abdomen et du thorax.* — La masse intesti- « nale offre une injection prononcée. Le cœcum et une partie « de l'intestin grêle sont colorés en bleu. Le liquide épanché « dans le péritoine est d'une couleur brunâtre foncée. Le grand « cul-de-sac de l'estomac est racorni et noirâtre. La masse du « liquide épanché forme plus d'une livre. Après avoir enlevé le « cœur et les poumons qui étaient à l'état sain, on a détaché « l'œsophage, l'estomac et tout le tube intestinal, pour en faire « l'ouverture dans toute sa longueur. L'intérieur du pharynx « est légèrement coloré en bleu. L'intérieur de la trachée est « rouge, et recouvert d'une lymphe plastique. L'intérieur de « l'œsephage est coloré en bleu. La face interne de l'estomac « est racornie, noirâtre, désorganisée ; il y a une perforation

« en arrière. L'intérieur du tube intestinal contient un liquide « brunâtre, semblable à celui que la perforation de l'estomac a « laissé épancher dans la cavité abdominale.

« De cet examen, nous concluons que la mort de la femme « D... est le résultat d'un empoisonnement produit par une « liqueur corrosive, sur la nature de laquelle nous ne pouvons « pas nous prononcer, mais qui nous paraît être un acide con- « centré et coloré par l'addition d'une matière étrangère. La « grande quantité du liquide avalé et sa nature corrosive ren- « dent très-probable la déclaration qui nous a été faite par « M. le commissaire de police, que l'empoisonnement a été « volontaire. La coloration extérieure de la peau nous a paru « le résultat de vomissements abondants.

« *Signé :* RAYER, BARBETTE, WEST. »

Empoisonnement par le sulfure d'arsenic. — Mort. — Autopsie. — État extérieur du corps.

OBS. XXI. — « Rigidité cadavérique très-prononcée, sugilla- « tions sur les parties latérales et postérieures du tronc. Injec- « tion de la conjonctive oculaire et palpébrale. Dilatation de « deux lignes environ des deux pupilles.

« Un liquide brunâtre s'écoule de la bouche et du nez dans « les mouvements imprimés au cadavre. Les dents sont serrées « les unes contre les autres, et ne laissent pas la langue sortir « entre leurs intervalles.

« Nulles traces de violence quelconque à la surface du tronc « et des membres. La putréfaction est encore peu prononcée.

« *Abdomen.* — Tous les intestins ont une couleur rouge- « foncé due à une injection pointillée et capilliforme de leurs « parois. L'estomac, très-ample, contient une grande quantité « de liquide, mêlé d'une poudre brune, qui n'est autre chose que « du tritoxyde de fer hydraté, qui a été administré comme « contre-poison de l'arsenic.

« Tout le bas-fond de l'estomac est cautérisé par une sub- « stance jaunâtre adhérente à la membrane muqueuse, qui offre « au-dessous de cette substance solide une couleur noirâtre et « rouge-pourpre à la circonférence. La membrane muqueuse de « l'intestin et rouge ; les follicules mucipares sont saillants, « rosés. Un liquide muqueux et sanguinâtre remplit la cavité « de l'intestin. On y retrouve quelques débris de cette même « matière jaunâtre qui cautérisait les parois de l'estomac ; mais « elle est moins solide, plus molle. A mesure qu'on se rap- « proche du duodénum, la membrane muqueuse est plus injec-

« tée, et dans divers points, elle est noire, désorganisée.

« *Poitrine.* — Les deux poumons sont lourds, gorgés de sang « noir et liquide. Les moitiés du cœur sont distendues par du « sang noir et coagulé. Les parois du ventricule gauche, spécia- « lement du côté de la cloison ventriculaire, sont ecchymosées, « et l'infiltration sanguine qui soulève la membrane interne du « cœur s'étend aux couches superficielles de son tissu charnu.

« *Tête.* — Le cerveau et ses membranes sont très-injectés. « Tous les vaisseaux sont remplis d'un sang très-noir et liquide.

« *Conclusion.* — 1° La mort du nommé J.... a été causée par « un empoisonnement; 2° les lésions observées sur le cadavre « et la substance particulière retrouvée dans l'estomac, confir- « ment les déclarations faites par le sieur J.... qui dit s'être « empoisonné avec l'arsenic. L'analyse chimique a démontré « que c'était avec le sulfure d'arsenic et non avec l'acide arsé- « nieux que l'empoisonnement a été consommé.

« *Signé :* Ollivier (d'Angers) et Bayard. »

« *Laudanum, charbon.* — Je soussigné, docteur en médecine « de la Faculté de Paris, certifie m'être transporté aujourd'hui « 30 avril 1835, vers le quatre heures et demie de relevée, « dans la maison portant le n° . . . . , rue Saint-Antoine, à la « réquisition du concierge, pour y donner mes soins à une « femme qui était très-malade. Ce dernier m'a conduit au troi- « sième étage de ladite maison, et m'a introduit dans une « chambre sur le derrière, où étant, j'ai trouvé une femme « d'environ 30 ans, gisant dans un lit, ayant une respiration « stertoreuse qui annonçait une morte prochaine; j'ai trouvé « le pouls battant avec force, fréquent; le cœur battait égale- « ment avec violence, le visage était gonflé, les paupières tu- « méfiées, la face blême, les yeux à demi fermés; en soulevant « la paupière, j'ai vu les yeux immobiles, languissants, abat- « tus, la pupille dilatée, l'iris insensible à la clarté du jour, les « muscles dans un état de relâchement.

« Cette femme se trouvait dans un état complet de stupeur, « d'insensibilité; le corps suivait toutes les directions qu'on lui « donnait, tant le système musculaire était mou et flexible. En « prodiguant les soins les plus empressés à cette malheureuse « femme, j'ai aperçu sur le carreau des charbons éteints, ainsi « que dans un grand fourneau en terre. Le cerreau et le four- « neau ne conservaient plus aucune chaleur, ce qui démontrait « que la combustion avait cessé au moins depuis plusieurs « heures. Il était hors de doute qu'une grande quantité de char-

« bon avait été allu . ée ; car les vestiges sur le carreau n'avaient « pas moins d'un pied et demi de diamètre.

« Les symptômes fournis par la malade, qui respirait encore, « n'étaient cependant point ceux qui appartiennent exclusive- « ment à l'asphyxie par le charbon ; ils s'appliquaient plus à une « substance toxique narcotique. Je fis de nouvelles recherches, « et je trouvai sur une petite table une cuiller en fer et une « petite bouteille d'une demi-once qui avait contenu non-seule- « ment du laudanum liquide de Sydenham, mais encore de l'ex- « trait aqueux d'opium qui avait été délayé ; car la substance « était gluante, filante, caractères qui n'appartiennent point au « laudanum seul.

« Je fis faire des frictions sur les membres et sur le corps, « sans qu'il me fût possible de déterminer la moindre rougeur. « Persuadé que l'ouverture de la veine n'amènerait que peu ou « point de sang, j'administrai sur-le-champ en deux fois 20 cen- « tigrammes de tartre stibié à demi-heure de distance. Je n'ai « pu provoquer qu'un léger vomissement qui n'a amené tout au « plus qu'un grain d'opium. Je donnai deux lavements de tabac « qui ont été gardés plus d'une demi-heure. Je n'ai obtenu que « quelques efforts pour vomir, provoqués soit par l'émétique, « soit par l'eau chaude, soit par le blanc d'œuf battu.

« Aucun vomissement n'est survenu ; le refroidissement n'a « pas tardé à gagner le tronc, et mademoiselle... a cessé de « vivre à cinq heures et demie.

« Mes conclusions ont été que cette infortunée avait plutôt « succombé aux effets de l'empoisonnement qu'à ceux de l'as- « phyxie par l'acide carbonique. La torpeur dans laquelle elle « était plongée ne se retrouve point dans la mort par l'acide car- « bonique, elle a d'ailleurs adouci pour elle l'horreur des derniers « moments. Dans l'asphyxie par le charbon, la chaleur se con- « serve longtemps ; quelquefois même cette chaleur est plus « grande que pendant la vie ; les membres sont très-flexibles, le « visage est gonflé, plus rouge qu'à l'ordinaire ; les yeux sont « vifs, luisants ; des mucosités blanchâtres, sanguinolentes sont « rejetées par la bouche et les fosses nasales, des excrétions invo- « lontaires ont lieu ; le corps est un peu tuméfié et présente de « nombreuses sugillations, des tache rouges, violettes ; aucun de « ces phénomènes n'existait dans le cas dont il s'agit. Au bout « d'une heure les membre étaient déjà roides et froids.

« Les bras et les genoux présentaient plusieurs phlyctènes « dues à l'action du feu sur ces parties.

« *Signé* : GORGERET. »

Écrasement. — Le suicide par écrasement se présente dans des proportions fort restreintes, 16 individus, seulement la 287e partie environ du chiffre total, se sont donné la mort de cette manière. Presque toujours c'est en se précipitant sous des voitures pesamment chargées qu'il ont réalisé leur projet. La mort est le plus souvent instantanée et entraîne avec elle des désordres qu'il est facile d'apprécier, mais quelquefois les individus présentent des lésions à peine appréciables. Un homme qui se promenait depuis quelque temps sur la place de la Bastille apercevant une voiture chargée qui descendait assez vite le faubourg, se précipite au-devant des roues, la voiture lui passe sur le corps, on le relève, il n'avait aucune blessure et put même dire aux personnes qui l'entouraient et s'empressaient de lui porter des secours, qu'il avait voulu se donner la mort, parce qu'il était très-malheureux. On le transporta à l'hôpital Saint-Antoine où nous assistâmes à son pansement. Le corps ne portait aucune trace de blessures, mais la sensibilité de l'abdomen montrait assez que la roue avait dû passer dans cet endroit. L'accident avait eu lieu dans la soirée ; le malade, dont l'aspect extérieur ne faisait présager rien de grave, expira lendemain. A l'autopsie, on trouva les intestins contusionnés, couverts de nombreuses ecchymoses, le ventre était rempli de sang qui provenait d'une déchirure du foie dont la substance avait été fortement contuse.

Dans d'autres circonstances on a constaté des déchirures de la vessie avec épanchement considérable d'urine.

Depuis quelques années, les chemins de fer ont été le théâtre de suicides. Ce genre de mort a donné lieu à des mutilations plus ou moins étendues, parmi lesquelles le broiement du corps, la division du corps, et surtout la détroncation, ont été observées. Dans un cas, la tête avait été entièrement broyée.

Abstinence. — La mort par abstinence n'a été observée que dans un seul cas. La science en possède plusieurs exemples, et Marc, dans la *Bibliothèque médicale*, en a rapporté un cas fort curieux ; c'est surtout chez les aliénés qu'elle se remarque. La durée de l'abstinence chez ces malades peut être fort longue ; nous en avons reçu qui ne mangeaient rien depuis cinq, six, et même onze jours, avalant à peine de loin en loin quelques gorgées d'eau. L'haleine de ces aliénés a une fétidité spéciale, qu'il est impossible de ne pas oublier lorsqu'on l'a sentie quelque temps. Les lésions trouvées après la mort, surtout lorsque celle-ci a été rapide, sont en général peu nombreuses. La muqueuse de l'œsophage et celle de l'estomac sont rouges, quelquefois ramollies ; elles peuvent être complétement décolorées. L'estomac peut di-

minuer de volume, ou paraître revenu sur lui-même. On a noté la gangrène des poumons chez des aliénés qui avaient succombé à l'abstinence. Depuis que nous avons combiné l'usage de la sonde par le nez avec l'impossibilité de respirer, pendant l'introduction des substances liquides, nous n'avons presque pas perdu de malades ;plus d'une fois même, la diversion produite par ce moyen, excessivement douloureux, il est vrai, et qui exige de l'habitude et de l'expérience, a été telle, que le malade a été complétement guéri de sa funeste résolution, et de son aliénation mentale.

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ;* par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165 ; t. IV, avril, p. 187 ; t. VIII, août, p. 190 ; t. IX, septembre, p. 200 ; t. X, octobre, p. 184 ; t. XI, novembre, p. 200 ; t. XII, décembre, p. 209 ; t. I, janvier 1849, p. 219 ; t. II, février, p. 210 ; t. III, mars, p. 211 ; t. V, mai, p. 174 ; t. VI, juin, p. 189 ; t. VII, juillet, p. 212.)

(Revue médicale, septembre et octobre 1848.)

Tubercules pulmonaires. — Formation d'une caverne qui se vide par une voie qui lui est ouverte à l'extérieur. — Cicatrisation de la caverne.

Obs. LXXIII. — . . . . . « Il s'agit d'un phthisique chez le-
« quel l'auscultation avait fait reconnaître l'existence d'une
« caverne superficielle au sommet du poumon droit. Au fond
« d'une plaie creusée par l'application d'un caustique, une
« ponction fut faite ; elle donna issue à du pus tuberculeux en
« assez grande abondance. La plaie profonde produite par les
« caustiques et le bistouri se cicatrisa, et le malade resta pen-
« dant un an dans un état très-satisfaisant, sans que l'affection
« tuberculeuse parût faire aucun progrès. Au bout de ce temps,
« le malade succomba à une péricardite aiguë qui l'enleva en
« peu de jours. »

« *Autopsie.* — On trouva à la partie moyenne du lobe su-
« périeur du poumon droit, une caverne affaissée sur elle-
« même presque entièrement comblée par un travail récent de
« cicatrisation, consistant en bourgeons demi-celluleux, demi-
« cartilagineux. »

Ce fait a une valeur incontestable au point de vue de la marche

de la tuberculisation pulmonaire, mais fort contestable au point de vue de la thérapeutique. Qui peut dire, en effet, que si le malade eût vécu, il ne se fût pas fait de nouveaux dépôts de matière tuberculeuse, en d'autres points des poumons? Il faudrait, en effet, ne pas avoir fait d'ouvertures de phthisiques pour ignorer que, pendant que dans un point des poumons on peut trouver d'anciennes cavernes cicatrisées, on en rencontre d'autres de nouvelle formation ou dans le voisinage ou dans l'autre poumon. Dans ce cas, du reste, le médecin de l'hospice Necker n'a rien fait autre chose que de favoriser un travail que la nature fait souvent seule, ce qui ne diminue en rien le mérite incontestable de cette méthode.

M. H. Lébert a aussi constaté, par ses recherches microscopiques, la possibilité de la guérison spontanée de la phthisie pulmonaire. « Les tubercules à l'état crétacé montrent sous le « microscope des granules minéraux amorphes auxquels se « trouvent souvent mêlés des cristaux de cholestérine et des « éléments de pigment. L'observation confirme de plus en plus « l'opinion déjà émise que c'est une des voies par laquelle la « nature tend à guérir la tuberculisation. Il paraît qu'une partie « des globules tuberculeux est résorbée; d'autres peuvent y « exister pendant très-longtemps sans être altérés. » (*Ouvrage cité*, p. 529, t. I.)

Mais c'est à M. Ernest Boudet qu'on doit les recherches les plus complètes sur la guérison spontanée des affections tuberculeuses du poumon.

« Ayant examiné successivement et sans aucun choix, les « poumons d'un grand nombre de cadavres d'enfants, d'adultes « et de vieillards morts dans les hôpitaux de Paris des maladies « les plus diverses, et parmi lesquels plusieurs avaient péri « tout à coup victimes de blessures ou d'accidents rapides, et « au milieu d'une santé parfaite, je suis arrivé aux résultats « suivants :

« De 1 jour à 2 ans, il existe des tubercules dans les poumons « et les ganglions bronchiques, 1 fois sur 57.

« De 2 à 15 ans, il s'en trouve dans les trois quarts des cas « (33 sur 45.)

« De 15 à 76, dans les 6/7es des cas (116 sur 135), c'est-à- « dire que pendant cette période de la vie, 6 personnes sur 7 « offrent des tubercules dans les organes que je viens d'indi- « quer; de sorte que la présence de ces produits morbides peut « passer pour la règle, et leur absence pour une sorte d'excep- « tion.

« Ce résultat, incroyable au premier abord, s'explique aisé-
« ment par les considérations suivantes : c'est que les tubercules
« sont souvent peu nombreux, et très-limités, et surtout, dans
« un grand nombre de cas, transformés de telle manière qu'ils
« n'exercent sur la santé générale aucune influence fâcheuse.

« Dans l'enfance, cette terminaison favorable des tubercules
« pulmonaires est rare ; avant 3 ans, je n'en ai pas observé un
« seul cas.

« De 3 à 15 ans, j'en ai vu 12 sur 45 sujets.

« De 15 à 76 ans, j'ai trouvé des tubercules guéris, soit
« dans les poumons, soit dans les ganglions bronchiques de
« 97 individus sur 116, soit dans les 9/11es des cas, 2 fois sur 3
« (61 sur 97). Cette terminaison heureuse paraissait définitive,
« et le reste de l'organe ne contenait aucun tubercule récent.

« La guérison spontanée des tubercules pulmonaires s'opère
« (toujours selon M. E. Boudet) de cinq manières différentes :

1° Par *séquestration*. — La matière tuberculeuse, sans avoir changé de nature, est isolée des parties voisines par une membrane muqueuse, fibreuse ou fibro-cartilagineuse.

2° Par *induration*. — Celle-ci affecte trois modes distincts : A. Le tubercule devient sec et friable ; — B. Il devient tenace, dense et gros au toucher ; — C. Il devient plâtreux ou calcaire.

« Cette terminaison est une des plus remarquables (continue
« M. E. Boudet), elle me paraît parfaitement démontrée. J'ai
« vu souvent dans le centre de tubercules nettement caractéri-
« sés, d'abord quelques grains calcaires, presque microscopiques,
« disséminés, qui plus tard grossissant, s'agglomérant, finis-
« saient, en s'avançant du centre à la circonférence, pour en-
« vahir la masse tuberculeuse entière. »

A l'analyse, ces concrétions calcaires du poumon, bien isolées, bien pures, ont donné sur 1,000 parties : 697 de *chlorure de sodium* et de *sulfate de soude* et seulement une faible proportion de carbonate et de phosphate de chaux.

Les concrétions calcaires paraissent à M. E. Boudet provenir de tubercules crus ou caséeux ; les concrétions plâtreuses de tubercules ramollis.

3° Par *transformation en matière noire pulmonaire ;* ou plutôt par l'envahissement progressif de ce produit singulier.

4° Par l'*absorption* complète ou incomplète.

5° Par l'*élimination* opérée par les bronches.

Notre auteur prétend que ces diverses transformations tuberculeuses, que nous venons d'indiquer avec lui et qu'on trouve rassemblées quelquefois chez le même individu, peuvent

avoir lieu aux principales périodes de l'évolution du tubercule.

« Ainsi, que ces corps soient à l'état de crudité ou de ramol-
« lissement, sous forme de granulations grises, de tubercules
« jaunes disséminés, agglomérés, denses ou caséeux, ils n'en
« sont pas moins susceptibles d'éprouver les changements que
« je viens d'indiquer. »

A chaque période de l'évolution normale du tubercule répondrait en général un mode particulier de transformation. — Ainsi le turbercule cru, jaune, peut être induré, pétrifié ; mais il n'est pas susceptible de passer à l'état de plâtre humide.

M. le decteur E. Boudet prétend encore que les *excavations tuberculeuses des poumons* peuvent guérir dans un certain nombre de cas. — « Sur 197 sujets (pris au hasard) j'en ai
« trouvé 10 fois, *au moins une* entièrement cicatrisée, sans au-
« cun tubercule récent, et 8 fois la guérison complète ou *incom-*
« *plète* d'une ou plusieurs de ces cavités morbides, *coïncidant*
« *avec des tubercules récents.* »

« Les cavernes du poumon se cicatrisent par l'organisation
« d'une muqueuse accidentelle ou par la formation d'une mu-
« queuse fibro-cartilagineuse. — Qu'elles communiquent ou
« non avec les bronches, elles peuvent rester béantes. — Quand
« elles sont oblitérées, ou leurs parois sont au contact et alors
« une bride fibreuse indique qu'elles ont existé, ou elles con-
« tiennent des tubercules transformés, qui comblent entière-
« ment leur cavité.

« Chez les enfants, les cavernes se cicatrisent et les tu-
« bercules se transforment à peu près comme à un âge plus
« avancé. »

Les *tubercules des ganglions bronchiques* guérissent, leurs cavernes mêmes paraissent se cicatriser comme dans les poumons.

M. E. Boudet, *qui* (nous le craignons du moins), *s'est fait illusion*, termine ainsi ce mémoire du reste si intéressant :

« L'examen de personnes vivantes, qui, après avoir été at-
« teintes à une époque plus ou moins éloignée de phthisie pul-
« monaire, se sont rétablies entièrement, m'a prouvé que la
« guérison de cette terrible maladie n'est pas chose aussi rare
« qu'on le croit généralement et qu'elle ne dépasse en aucune
« manière les ressources de la nature.

« En moins d'un an, j'ai rassemblé 14 cas de cette espèce
« dont 6 avec tubercules ramollis ou cavernes, constatés long-
« temps auparavant.

« Il résulte de ces observations qu'on peut avoir été phthi-

« sique au dernier degré et se rétablir complétement ; — que « la phthisie peut guérir chez l'enfant comme chez l'adulte ; « chez les personnes prédisposées à cette maladie par voie « d'hérédité, comme chez celles qui l'ont contracté accidentel- « lement, quoique la proportion des guérisons soit plus commune « dans ce dernier cas ; — que la nature fait souvent tous les « frais de la guérison de la phthisie ; — qu'on ne doit pas, « comme la chirurgie l'expose en principe, proscrire absolument « l'amputation d'un membre chez un phthisique. »

Et à l'appui de cette dernière proposition, M. E. Boudet ajoute qu'il a vu trois sujets de 10 à 20 ans atteints d'une maladie incurable du squelette d'un des membres inférieurs, *et en outre d'une phthysie confirmée*, se rétablir d'une manière qui paraît définitive, après l'ablation du membre malade.

La guérison de la phthysie pulmonaire paraît pouvoir s'effectuer d'une autre manière encore. Ainsi, M. le docteur Louis, si expert dans une semblable matière, cite l'histoire d'une malade chez laquelle il croit « *avoir eu à constater la guérison complète* « *d'une affection tuberculeuse fort avancée du poumon.* Cette femme « avait été traitée dans les salles de M. Louis pendant plusieurs « mois ; elle toussait presque continuellement ; au sommet de « l'un des poumons, la respiration était très-faible, à peine ap- « préciable ; diminution de la résonnance sous-claviculaire, sans « cependant qu'il y eût de signes irrécusables de phthysie. Elle « sortit de l'hôpital dans le même état. Quelques mois après, « pendant l'époque du carnaval, elle entra de nouveau dans les « salles, affectée d'une pneumonie aiguë, qu'elle avait contractée « au sortir d'un bal public, saisie par le froid. Quand elle fut « admise à l'Hôtel-Dieu, elle offrait, d'un côté, tous les phéno- « mènes d'une pneumonie au deuxième degré ; de l'autre tous « ceux d'une excavation tuberculeuse fort étendue. La pneumonie « fut très-grave ; la malade eut des escarres au sacrum. Néan- « moins elle se rétablit de son affection aiguë, et, au moment « de sa sortie, *les signes de la maladie tuberculeuse étaient en par-* « *tie disparus.* Depuis lors, elle entra encore une fois dans le « même service *pour faire ses couches, et l'examen le plus attentif* « *ne put faire découvrir aucune trace de l'excavation dont l'exis-* « *tence avait été constatée de la façon la plus évidente l'année pré-* « *cédente !* »

Ainsi, dans ce cas, il paraît probable que la maladie aiguë intercurrente, maladie de sa nature tout à fait et toujours inflammatoire, a réagi comme puissance médicatrice sur la maladie chronique, qui est de sa nature, quoi qu'on en puisse dire, *abso-*

lument asthénique. Disons-le encore, c'est là un fait tout à fait contraire aux théories qui consistent à considérer le tubercule comme un produit de l'inflammation. Comment, en effet, cet agent pathologique pourrait-il produire, dans certains cas, une maladie qu'il guérirait dans d'autres circonstances ?

L'histoire des scrofules nous offre des faits analogues à celui que nous venons de citer. Ainsi nous nous rappelons un jeune homme dont l'histoire, couronnée par l'autopsie cadavérique, figure dans ce mémoire et fut rapidement guéri, ainsi que nous l'avons exposé plus haut, d'un engorgement, avec ulcération, des glandes du cou, après l'application, faite par erreur, d'un cataplasme préparé avec la farine de moutarde au lieu de la farine de lin. Nous fûmes témoin, à l'époque où nous suivions les hôpitaux, d'une cure analogue arrivée chez une jeune fille orpheline portant aussi des engorgements ulcérés au cou, et chez laquelle la guérison, qui se faisait longtemps attendre, malgré la puissance incontestable du traitement auquel elle était soumise, s'opéra, dans un délai fort court, à la suite d'un érysipèle survenu sans cause bien appréciable.

Quant au scrofule, pour lequel la guérison est la règle, la mort l'exception, empressons-nous de reconnaître qu'il guérit spontanément, d'abord par une bonne hygiène, par un séjour prolongé à la campagne, par les bains de mer, et par mille autres moyens tour à tour abandonnés et repris. Disons cependant que trois moyens lui sont opposés avec des succès variés :

1° *L'huile de foie de morue*, que nous avons administrée plusieurs fois, et qui nous a entre autres procuré un remarquable succès chez un enfant atteint d'ophthalmie scrofuleuse avec tumeur blanche de l'articulation tibio-fémorale gauche ; 2° *l'iodure de potassium*, qu'il faut préférer à l'iode préconisé par M. Lugol, en enfin *les préparation d'or* de Chrestien, remises en honneur par nous et par notre excellent ami, M. le docteur Duhamel (*ouv. cités*). Le temps seul pourra décider quelle est celle qui mérite la palme de ces méthodes, applicables toutes trois avec avantage selon la nature de la maladie et l'idiosyncrasie du malade. En attendant, nous ne saurions résister au désir de citer le fait suivant, extrait d'un mémoire soumis pour le moment au jugement de l'Académie des sciences, et qui terminera la série des observations que nous avons réunies dans ce travail.

Tumeur blanche des articulations fémoro-poplitée et tibio-tarsienne. — Nécrose du tibia. — État général extrêmement fâcheux. — Guérison par les préparations d'or.

Obs. LXXIV. — Le 22 février 1831, nous fûmes conduit par MM. Amussat et Moreau, nos collègues à la société protestante de prévoyance et de secours mutuels, pour visiter Hippolyte Vaillant, demeurant rue de Bondy.

Le 2 mars suivant, cet enfant fut visité par M. le professeur Magendie, qui constata la gravité de son état que nous ne parviendrions jamais à peindre avec des couleurs assez sombres, tant il était fâcheux.

Hippolyte, alors âgé de 12 ans environ, reposait sur le côté droit et sa figure pâle et amaigrie n'annonçait que trop les souffrances auxquelles il était en proie et qui étaient telle qu'il passait presque toutes ses nuits sans dormir. Il était sans appétit, digérait mal et avait fréquemment le dévoiement. Ces accidents généraux résultaient de l'état de la jambe gauche, qui offrait depuis le genou, qui avait acquis un volume fort considérable, jusqu'au cou-de-pied *dix-huit plaies, dont deux en dehors de la jambe et seize à la face interne.*

Racontons maintenant comment les choses s'étaient passées, pour en arriver à ce point.

A l'âge de 2 ou 3 ans, Hippolyte eut un engorgement au cou qui fut ouvert par l'instrument tranchant. Vers l'âge de dix ans, il fit une chute dans laquelle porta le pied gauche. Deux ou trois mois après cette chute la jambe enfla considérablement et il se forma en dedans un abcès, qui était situé à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. A cette même époque, Hippolyte avait déjà beaucoup maigri, il toussait beaucoup et M. Moreau, qui le visita alors, l'ausculta avec soin, mais il ne trouva rien qui dénotât une maladie des poumons, pas plus que nous qui, un an plus tard, nous livrâmes au même examen. M. Moreau agrandit l'ouverture fistuleuse qui s'était faite spontanément, et déjà, à l'aide de la sonde, il avait reconnu une carie du tibia ; il reconnut encore une carie de la malléole externe où une plaie s'était ouverte, peu de temps après celle du bas de la jambe. Le genou ne tarda point à participer à cet état fâcheux, il se tuméfia et devint fort douloureux; le pied offrit le même état.

Les accidents locaux que nous venons d'énumérer s'accompagnaient alors de symptômes généraux assez graves, d'une fièvre ardente et de délire. Deux applications de sangsues furent

pratiquées, une au genou, et le lendemain la seconde au pied; en calmant un peu l'inflammation, elles procurèrent quelque calme, mais n'empêchèrent pas que deux nouveaux abcès ne s'ouvrissent, l'un à la face interne du genou sur la tête du péroné et l'autre en dehors du cou-de-pied, à l'extrémité inférieure du même os. Dès ce moment, la maladie continua de faire des progrès, de nouveaux abcès s'ouvrirent, la jambe se plia sur la cuisse, le genou devint encore plus gros et la jambe et la cuisse s'amaigrirent du jour en jour.

Cet état si triste, dont les progrès n'avaient pu être suspendus par les bains répétés, les cataplasmes émollients, les orguents suppuratifs, les lotions toniques et le vin de quinquina à l'intérieur, avait fait songer à l'amputation de la cuisse et si le malade nous fut confié, c'est que M. Roux, qui avait aussi vu Hippolyte, et M. Amussat pensèrent que cette opération n'offrait aucune chance favorable.

Hippolyte Vaillant fut immédiatement mis à l'usage de perchlorure d'or et de sodium associé à la poudre d'iris et administré à l'intérieur dans la première cuillerée du potage pris le matin. Plus tard nous changeâmes ce mode d'aministration et nous le fîmes prendre en frictions sur la langue. De cette manière, nous pûmes, après un mois de traitement, adjoindre au sel aurifère, les stannate d'or à l'intérieur en l'associant à l'extrait de thymélée. Vers le milieu du traitement, quand la plaie qui existait au côté externe du genou fut cicatrisée et que cette partie fut moins douloureuse, nous fîmes pratiquer des frictions sur toutes l'articulation avec une pommade aurifère. Pendant toute la première moitié du traitement, qui dura en tout quatorze mois, la jambe et le genou malades furent tenus sans cesse enveloppés dans de larges cataplasmes émollients et pendant presque toute sa durée, Hippolyte prit deux grands bains par semaine. Du reste le traitement fut peu favorisé par les conditions hygiéniques, dans lesquelles se trouva sans cesse placé cet enfant. Ainsi quand nous le visitâmes, il demeurait dans une chambre assez grande, mais située dans les combles et ne recevant l'air et le jour que d'une seule croisée, tout à fait insuffisante pour une pièce aussi grande, et qui, par son mode de construction, ne permettait pas un renouvellement facile de l'air. Plus tard il demeura dans une petite pièce, située au premier, au fond d'une petite ruelle humide et recevant les émanations de plusieurs fosse à fumier. Cependant cette chambre était assez bien exposée au soleil levant et en partie au midi, mais la maison se trouvait en contrebas avec le boulevard, ce qui nécessairement

la rendait humide. Quant au régime alimentaire, il fut le moins mauvais possible, car si les ressources manquaient à la mère de cet enfant, le bon vouloir y suppléait souvent.

Chez Hippolyte, comme chez tous les enfants que nous avons eu le bonheur de rendre à la santé, les premiers effets du traitement furent d'améliorer la santé générale. L'appétit, qui était nul, se prononça de plus en plus ; les digestions devinrent meilleures et le dévoiement, qui s'était présenté plusieurs fois encore pendant les premiers mois du traitement, fut bientôt plus rare et ne se représenta jamais ensuite ; au contraire, les fonctions digestives s'exécutèrent de mieux en mieux, et les garde-robes furent pour toujours de la plus grande régularité. Aussi, en même temps que les symptômes scrofuleux s'atténuaient, Hippolyte prenait de l'embonpoint, quoiqu'on le vît se développer à vue d'œil, au point qu'à la fin du traitement, il avait grandi de plusieurs centimètres.

Ce fut d'abord vers le genou et le cou-de-pied, donc vers les deux articulations, que l'amélioration se manifesta par une diminution marquée dans la douleur, de sorte que le malade commença à pouvoir reposer, et que nous pûmes quoiqu'il fût difficile de faire mouvoir l'articulation fémoro-poplitée, reconnaître qu'elle n'était pas privée de toute mobilité. Aussi vers le troisième mois du traitement, quand nous reconnûmes qu'il restait à peine un peu de douleur, nous recommandâmes que matin et soir, et pendant au moins un quart d'heure, ou imprimât à l'articulation malade des mouvements doucement forcés et des plus en plus étendus, mais en suivant une progression extrêmement lente. Cette méthode, que nous employons toujours toutes les fois qu'il reste quelque mobilité dans l'articulation malade, nous réussit ici parfaitement, et l'enfant a retrouvé toute la motilité du genou, dont les mouvements ne différaient en rien, à la fin du traitement, de ceux exécutés par le genou sain. Quant à la mobilité et à la motilité du cou-de-pied et des orteils, dont les mouvements volontaires étaient devenus impossibles, elles revinrent assez promptement à la suite d'un abcès développé sous l'influence du traitement. Quoique dans les premiers jours de décembre, l'extension complète de la jambe ne fût point encore possible, cependant quand V... montait un escalier, il appuyait franchement sur le pied malade. Un mois plus tard, le résultat que nous venons d'énoncer était complétement obtenu. La différence dans les délais qui furent nécessaires, pour arriver au même résultat pour les deux articulations s'explique parfaitement bien par la différence dans le degré de ma-

ladie. Malgré les deux plaies situées sur les malléoles interne et externe ; quoique la sortie d'esquilles de la plaie externe permît de supposer la carie de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, il n'existait cependant pas de gonflement du premier de ces os, et celui observé n'avait évidemment lieu que dans les tissus environnant l'articulation tibio-tarsienne. Tandis que le volume considérable du genou, son immobilité forçaient à reconnaître, qu'il y avait gonflement de la tête du tibia et probablement des condyles du fémur.

La cicatrisation des plaies existantes sur toute l'étendue de la jambe se fit plus longtemps attendre, c'est qu'en effet il y avait carie de presque toute la face antérieure de cet os, et il fallut du temps pour que l'exfoliation se fit dans une étendue aussi considérable. Cependant vers le 15 septembre 1831, époque où nous présentâmes notre petit malade à une des réunions médicales de la société protestante, il ne restait plus que quatre plaies ; deux de ces plaies avaient fourni des esquilles qui avaient jusqu'à 18 lignes de longueur. Cette exfoliation qui ne se manifesta que deux mois après que le traitement eut été commencé et alors que ses effets se manifestaient tantôt par des urines abondantes, tantôt par des transpirations, cette exfoliation, disons-nous, fut favorisée par une augmentation considérable dans la suppuration, dont la matière offrait cependant les qualités d'un pus assez louable.

Voici aujourd'hui près de dix-sept années que cette cure remarquable a été obtenue, et rien n'est encore venu la démentir : Hyppolyte Vaillant, que nous avons quelquefois l'occasion de rencontrer, jouit de la plus parfaite santé.

Ne négligeons pas de dire que nous avons choisi cette observation entre plusieurs autres aussi significatives.

Examen comparatif des altérations subies par le sang chez les scrofuleux et chez les tuberculeux. — Cette opinion, que le principe de toutes les maladies est dans le sang, n'est pas nouvelle, mais il appartenait aux expérimentateurs modernes, aux observateurs de notre temps, *de chercher à lui donner un commencement de démonstration.* Nous croyons rester dans de juste limites en employant ces dernières expressions, car s'il est évident qu'on soit entré dans une excellente voie pour arriver peut-être un jour à la connaissance des principes secrets de nos maladies, disons aussi qu'il est évident qu'on est encore fort éloigné d'avoir atteint ce but.

Nous allons donc, aidé des travaux de plusieurs expérimentateurs, rechercher quelles sont les altérations subies par le sang

d'abord, par les urines ensuite, dans les *maladies scrofuleuses* et dans les *maladies tuberculeuses*, puis nous comparerons ces altérations, pour arriver à établir les ressemblances et les différences. Enfin, si nous ne réussissons point à les combler, nous marquerons du moins les lacunes laissées par ceux-là même dont les travaux nous auront cependant été si profitables.

La première chose que nous devons faire, avant d'aller plus loin, c'est de rappeler l'état normal du sang. Nous donnerons les moyennes suivantes, qui sont celles indiquées pour l'état physiologique, par M. Lecanu, membre de l'Académie de médecine, dans ses savantes recherches sur le sang. Ces chiffres ont été adoptés par MM. Andral, Gavarret et aussi par M. Dumas, qui les professe dans ses leçons, à la faculté de médecine.

Pour la fibrine.	3
Pour les globules.	127
Pour les matériaux solides du sérum. dont 8 pour les parties inorganiques.	80
Enfin pour l'eau.	790

Nous devons rappeler ici, que MM. A. Becquerel et A. Rodier, dans leurs *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie* (Paris; 1844, in-8°) ont tenu compte de la différence des sexes, de sorte qu'ils ont donné 141,1 pour le chiffre des globules chez l'homme et 127,2 chez la femme. Le chiffre de la fibrine n'est selon eux que 2,2. Quant aux porportions d'eau, elle est nécessairement moindre chez l'homme (779,00) que chez la femme (791,10).

Enfin nous donnerons encore, d'après MM. A. Becquerel et A. Rodier, pour rendre notre appréciation du sang normal aussi complète que possible, les moyennes de l'albumine pour l'homme (69,4) et pour la femme (70,5), en faisant observer que cette substance constitue en très-grande partie, ce dont MM. Lecanu, Andral et Gavarret ont donné les proportions sous la désignation de *matériaux solides du sérum* (80,00) dont il faut déduire 8 millièmes pour les parties inorganiques.

Avant d'aller plus loin, établissons par des faits que les pricipes scrofuleux et tuberculeux altèrent tous deux le sang. Nous ne savons pas si nous devons d'abord rappeler ce malade (obs. XXXIII) qui avait des tubercules dans le cœur et qui succomba par suite d'un état congestif de tous les organes, condition pathologique qui fut évidemment la conséquence de la *fluidification du sang*. En effet, nous n'avons point oublié que les auteurs de cette observation s'accordent pour attribuer l'altération du sang à l'iodure de potassium, dont le malade avait pris des doses assez considé-

rables. Nous n'avons point à examiner ici, si cet agent thérapeu-peutique peut exercer une action si fâcheuse ; mais il nous paraît plus probable que dans ce cas la fluidification du sang fut la conséquence, non pas précisément d'une *diathèse tuberculeuse* (car ce malade n'offrait pas l'ensemble des symptômes qui la caractérisent) ; mais du moins d'une influence, d'une *intoxication tuberculeuse*. Nous ferons en effet remarquer que si M. Ricord a pu citer le fait d'un malade qui, à chaque administration d'iodure de potassium était pris d'un *purpura hemorrhagica*, nous avons pu, de notre côté, rapporter un cas où la manifestation du même symptôme devait être attribuée à une diathèse tuberculeuse avancée, qui aurait déterminé une détérioration du sang. Nous croyons devoir transcrire ici cette observation qui se trouve comprise dans une communication que nous avons faite à l'*Académie des sciences* (séance du 11 août 1845), et qui a rapport au *pourpre*, dont nous admettons deux espèces : l'un *essentiel*, l'autre *symptomatique*.

« C'est d'abord une fille de 30 à 32 ans, dont nous avons « constaté le décès le mois de juin dernier, qui nous a offert « l'exemple d'un *pourpre symptomatique*. Les nombreuses taches « roses, pourpres, lie de vin, qui étaient disséminées sur la face, « sur la haut de la poitrine, sur les bras, avaient commencé à se « manifester quinze jours avant la mort. C'était, dans ce cas, « évidemment, la manifestation d'une décomposition du sang, « qu'on s'expliquait facilement par la présence de nombreux « tubercules dans les deux poumons, qui empêchaient que l'hé- « matose ne se fît bien. »

Malheureusement l'autopsie n'est pas venue mettre au-dessus de toute objection le diagnostic du médecin vérificateur du décès, et de celui qui avait traité la malade ; mais nous ferons observer que rien n'est aujourd'hui plus facile que de diagnostiquer sûrement la phthisie pulmonaire, surtout quand elle est arrivée à un degré aussi avancé.

Le principe scrofuleux paraît pouvoir causer une altération du sang tout à fait semblable, ainsi que tend à le prouver le fait suivant, emprunté à notre pratique :

Nous avons été consulté (le 15 juillet 1846) par une jeune fille qui est atteinte d'une courbure de la colonne vertébrale avec engorgement des glandes du cou. Agée de 14 ans et demi, non encore menstruée, Ermance est sujette depuis l'âge 4 ans à des hémorrhagies nasales qui se renouvellent fréquemment et sont quelquefois assez abondantes. Elles sont devenues moins fréquentes, au dire de la mère, depuis l'apparition d'une *érup-*

tion aux jambes. Cette prétendue éruption est un *purpura simplex*, dont les taches, disséminées sur les deux jambes, varient de la grandeur d'une pièce de 25 centimes à celle d'une très-petite lentille : elles sont peu nombreuses, mais se reproduisent continuellement, surtout à l'époque des grandes chaleurs. D'abord d'une teinte violacée, leur coloration passe successivement au rose et au bistre, ce qui les fait alors ressembler à des signes (*Nævi*).

Nous devons ajouter que, d'après les modifications produites par le traitement qu'Ermance suit depuis six mois, on ne peut pas considérer l'altération du sang, évidente dans ce cas, comme essentielle, mais bien comme étant symptomatique de quelque maladie organique ou seulement fonctionnelle. Ainsi l'administration du fer, si souverain dans les cas d'altération essentielle du sang, est restée sans effet, tandis qu'au fur et à mesure que le traitement aurifère dirigé contre le principe scrofuleux produisait sur toute la constitution, sur la santé générale les effets favorables que nous en attendions, nous avons vu le purpura diminuer d'abord, enfin disparaître entièrement.

Nous croyons, dans ce cas, l'altération du sang due seulement au principe scrofuleux, car l'examen que nous avons fait des organes de la respiration ne nous porte point à penser qu'il existe de tubercules dans les poumons. En effet, la percussion pratiquée dans toute l'étendue de la poitrine ne nous a fourni que les renseignements les plus satisfaisants, et la respiration nous a aussi paru s'opérer convenablement dans tous les points.

Maintenant qu'après avoir rappelé, ainsi qu'il était nécessaire de le faire, les proportions normales des principaux éléments du sang nous pu établir que ce liquide peut être altéré dans sa constitution intime par les principes morbides, recherchons quelles modifications ces mêmes proportions subissent chez les scrofuleux d'abord, chez les tuberculeux ensuite.

Altération du sang chez les scrofuleux. — Voici comment s'exprime à ce sujet M. Guersant père. — « Nous possédons encore « très-peu de notions exactes sur les altérations des liquides « chez les scrofuleux, cependant le sang a été l'objet de quelques « recherches microscopiques qui sont dues à M. le docteur Fréd. « Dubois (d'Amiens). Il a examiné le sang chez des scrofuleuse « de six à dix ans, et chez des jeunes gens de vingt à trente « ans : tous étaient dans un état de cachexie scrofuleux. Ce « sang, recueilli dans un vase, a fourni des caillots d'un très- « petit volume relativement à la quantité de sérum au milieu « duquel ils nageaient ; ce sang se coagulait lentement ; le cail-

« lot était sans consistance ; le sérum avait perdu de sa densité « normale par la présence d'une plus grande quantité de prin- « cipe aqueux, de telle sorte que la quantité d'albumine soluble « ou des sels dissolvants était trop faible par rapport à la quan- « tité de véhicule. Observée au microscope, la matière colorante « paraissait en dehors des globules et leur était étrangère. « Quand le sérum offrait une coloration rosée, ce qui arrivait « quelquefois, ce véhicule et les globules étaient de la même « couleur ; mais quand le sérum était liquide et le caillot de « couleur foncée, la matière colorante semblait étendue en « nappes diversement distribuées, tantôt éloignées et isolées « des globules, tantôt confondues avec eux. M. Dubois à con- « stamment retrouvé dans le sang des scrofuleux, les deux sortes « de globules, les sphéroïdaux et les lenticulaires. Leur volume « ne paraissait pas sensiblement diminué de celui de l'état nor- « mal. Les sphéroïdaux ne lui ont offert aucune particularité ; « mais les lenticulaires paraissaient manifestement altérés dans « leur forme : les uns offraient une espèce de cercle, un point « tellement transparent au milieu, qu'on aurait pu les croire « perforés ; les autres étaient inégalement circulaires, échancrés « ou allongés. M. Dubois a remarqué ces particularités dans le « sang tiré de la veine ou obtenu des capillaires. Le sang arté- « riel qu'il a eu occasion d'observer une fois n'a pas paru diffé- « rer du sang veineux : dans tous les cas, les globules se sont « comportés de la même manière avec les réactifs employés. « *La déformation des globules lenticulaires, la proportion plus « grande du véhicule aqueux dans le sérum, et le peu d'adhérence « de la matière colorante avec les globules* sont jusqu'à présent « les seules altérations notables que l'observation microscopique « ait constatées. (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. XXVIII p. 221.) »

Un médecin anglais, M. le docteur Nicholson, a procédé un assez grand nombre de fois à l'analyse chimique du sang des scrofuleux, et il a reconnu l'existence constante d'une altération marquée dans sa constitution.

TABLEAU *du rapport proportionnel des différents principes du sang, dans douze cas de scrofules. — Sur* 1,000 *parties en poids.*

NUMÉROS D'ORDRE.	GLUBULES	FIBRINE	SUBSTANCES DISSOUTES DANS LE SÉRUM.	EAU
1	101,0	3,0	79,5	816,5
2	98,0	2,8	79,0	820,2
3	98,0	2,4	79,1	820.5
4	97,0	3,0	79,0	821,0
5	96,5	2,5	78,0	823,0
6	80,0	2,3	78,7	839,0
7	79,0	2,0	79,0	840,0
8	79,0	2,0	80,0	839,0
9	63,5	1,2	80,0	855,3
10	64,0	1,8	79,0	855,2
11	65,5	1,7	78 5	854,3
12	64,0	2,0	79,0	855,0

L'examen de ce tableau montre immédiatement, que le sang subit chez les scrofuleux deux altérations notables :

1° Une diminution dans la proportion des globules, dont le chiffre peut descendre jusqu'à 64; altération qui se rapproche de celle trouvée chez les chlorotiques par MM. Andral et Gavarret, 38,70 chez la femme, et se trouve être plus forte que celle observée chez l'homme, 77,20;

2° Une diminution non moins marquée et non moins constante dans les proportions de la fibrine, dont le chiffre serait tombé dans un cas jusqu'à 1,20.

Quant à l'eau, ses proportions sont toujours plus considérables que dans l'état normal et sa quantité peut s'élever jusqu'à 855,30. Ne négligeons pas de faire observer que ce chiffre si élevé des proportions de l'eau coïncide avec le chiffre 64, le plus bas des globules; ce qui est conforme à ce qu'on savait et déjà depuis longtemps, que dans une saignée la quantité de sérosité augmente ou diminue, selon que le caillot offre un volume plus ou moins considérable.

Enfin, notons encore que les substances, que le sérum tient à l'état de solution ne présentent aucunes modifications sensibles.

Suivant toujours M. Nicholson : « L'examen microscopique « s'accorde avec l'analyse chimique pour signaler une altération « profonde dans les globules du sang des individus scrofuleux ; « en effet, ces globules sont rares, pâles et irréguliers (*loc. cit.*). »

Nous avons fait remarquer combien dans le tableau qui précède le chiffre de la fibrine est généralement peu élevé, combien même il s'abaisse dans plusieurs cas. Mais il peut arriver et il arrive souvent qu'il s'élève au-dessus de la moyenne habituelle;

c'est lorsqu'il se déclare quelque travail inflammatoire en un point de l'économie. Or on sait que les scrofuleux sont fort sujets aux ophthalmies, aux adénites, aux arthrites, etc. Nous ferons remarquer à ce sujet avec MM. Andral, Gavarret et Nicholson qu'il faut conclure de cette disposition aux inflammations, offerte par les scrofuleux, qu'elle peut fort bien exister, contrairement à l'opinion commune, sans qu'il y ait pléthore sanguine, ou mieux surabondance des matériaux solides du sang et surtout des globules. De telle sorte que leur proportion, qui peut descendre si bas chez les scrofuleux, ainsi que nous venons de le voir, paraît rester étrangère au développement de tout travail inflammatoire; qu'en d'autres termes, les variations que subit la fibrine dans ses proportions sont indépendantes du chiffre des globules, chiffre qui peut lui-même s'élever et s'abaisser, sans réagir en aucune manière sur les proportions de la fibrine.

Disons cependant, quoique ceci ne soit ignoré d'aucun médecin, que ces inflammations n'ont jamais le caractère d'acuité de la pneumonie, de la pleurite, du rhumatis articulaire, etc. ; celles-ci, on le sait, font toujours monter très-haut le chiffre de la fibrine. Aussi s'est-on prononcé pour ainsi dire à l'avance sur la valeur des inflammations auxquelles sont sujets les individus d'un tempérament lymphatique, les scrofuleux, en les désignant sous le nom de *sub-inflammations*. C'était dire, en effet, qu'elles ont un degré de moins qu'une inflammation pure et franche, qu'une inflammation développée chez un individu fortement constitué ou d'un tempérament sanguin. Et, nous le répétons, ces sub-inflammations ne déterminent jamais une élévation considérable de la fibrine du sang, mais elles ne rentrent pas moins dans la loi commune découverte par MM. Andral et Gavarret et qu'ils ont si nettement formulée dans le mémoire qu'ils ont fait en commun et qu'ils ont communiqué à l'Académie des sciences (séances des 27 juillet et 3 août 1840).

Ainsi, dans un cas d'érysipèle assez intense, ces deux expérimentateurs virent les chiffres de la fibrine s'élever à 8 pour une première saignée et 6,1 pour la seconde. C'était chez une femme (et une femme scrofuleuse depuis son enfance) offrant un aspect anémique, ayant une constitution détériorée et chez laquelle le chiffre des globules ne fut que de 75,90 et tomba à 64,40 après la seconde saignée. — Chez une autre femme, qui avait aussi un érysipèle et la maladie de Bright, on vit la fibrine s'élever au chiffre de 4,2, à la suite d'une inflammation ulcérative et suppurative des ganglions lymphatiques du cou, quoique le chiffre des globules ne fût chez elle que de 82,4 et qu'elle fût scrofuleuse, ainsi que

l'indique le développement de la maladie qui fit monter le chiffre de la fibrine. Il faut dire que c'est surtout dans la suppuration aiguë des ganglions lymphatiques que le chiffre de la fibrine s'élève le plus, mais nous le répétons, jamais aussi haut que pour les inflammations franches. Et quoique dans les cas de ce genre on ait vu la fibrine s'élever aux chiffres 6 millièmes et même 7 millièmes, il faut reconnaître que c'est exceptionnellement, et que dans ces sub-inflammations le chiffre de la fibrine oscille ordinairement entre 4 et 5 millièmes.

Malgré tout ce qui précède sur l'élévation *accidentelle* de la fibrine chez les scrofuleux, il n'en paraît pas moins résulter assez bien de toutes les recherches que nous venons d'exposer et de commenter, que la présence de l'élément scrofuleux dans l'économie détermine généralement un abaissement du chiffre de la fibrine. Ce qui expliquerait jusqu'à un certain point le manque d'énergie vitale qu'on observe chez la plupart des scrofuleux, et le peu de développement de leur système musculaire.

Passons maintenant à l'examen du sang des personnes atteintes de tubercules.

De l'altération du sang dans les affections tuberculeuses. — On avait compris il y a déjà longtemps que la présence des tubercules dans les poumons, indépendamment de la réaction fâcheuse produite sur toute l'économie par le principe délétère qui les produit, devait nécessairement apporter obstacle à l'hématose : or l'hémotose se faisant mal, le sang devait s'*appauvrir*, comme on disait alors. Aussi, lorsque par suite d'une pleurésie ou d'une pneumonie intercurrentes, on était obligé de saigner un phthisique, le sang fournissait un caillot qui était souvent d'une petitesse remarquable. Mais ce qu'on s'expliquait moins bien, c'était la couenne inflammatoire, quelquefois si épaisse, qui recouvrait presque constamment ce caillot, couenne inflammatoire si caractéristique et qu'on retrouvait encore quand on pratiquait cette opération dans le simple espoir de diminuer la fièvre, l'oppression ou quelque autre condition fâcheuse et sans qu'il existât même de symptômes de pleurésie ou de pneumonie. Les recherches de MM. Andral et Gavarret, auxquelles nous faisons tant d'emprunts, ont jeté une vive lumière sur ce point de pathologie interne, et les résultats s'en trouvent consignés dans le mémoire que nous avons déjà cité.

Nous en extrairons encore le tableau suivant, qui résume parfaitement toutes les recherches de ces deux savants.

TABLEAU *du rapport proportionnel des différents principes du sang dans vingt et un cas de tubercules pulmonaires.*

	SAIGNÉES.	FIBRINE.	GLOBULES.	MATÉRIAUX SOLIDE DU SÉRUM. Organiques.	Inorganiques.	EAU.
1er cas. .	1	2,1	87,0	58,3	8,6	845,8
2e cas. .	1	2,9	122,1	75,8	6,6	792,6
	2	2,7	120,4	70,2	7,4	799,3
3e cas. .	1	3,1	92,5	78,1		826,3
4e cas. .	1	3,8	102,1	91,6		802,5
5e cas. .	1	3,8	85,1	82,9		828,2
6e cas. .	1	4,8	91,4	90,3		814,5
7e cas. .	1	4,7	112,9	100,3		782,1
8e cas. .	1	4,1	105,9	71,5	7,3	811,2
9e cas. .	1	4,4	93,5	72,0	7,3	823,0
10e cas. .	1	4,4	85,5	72,7	8,0	831,4
11e cas. .	1	4,5	97,9	86,2	7,4	804,5
12e cas. .	1	4,8	117,7	71,1	7,2	793,2
13e cas. .	1	5,1	111,9	98,4		784,6
14e cas. .	1	5,0	108,2	64,3	4,5	818,0
15e cas. .	1	5,5	84,4	89,9		820,2
16e cas. .	1	5,7	89,3	74,0	7,5	823,5
17e cas. .	1	5,6	115,6	90,3		788,5
18e cas. .	1	5,2	108,2	87,3		799,3
19e cas .	1	5,9	89,7	82,9	6,3	815,2
20e cas. .	1	4,8	76,7	83,3		835,2
21e cas. .	1	4,6	115,0	105,4		775,0

Au premier coup d'œil jeté sur ce tableau on ne peut s'empêcher de remarquer deux résultats constants :

1° L'abaissement du chiffre des globules, qui peut tomber jusqu'à 76,7. — « Ainsi, dit M. le professeur Andral (*Traité « d'hématologie*, p. 171), la condition du sang qui coïncide avec « le commencement de la phthisie pulmonaire, *et qui vraisem- « blablement la précède*, c'est cette condition générale que l'on « retrouve dans tous les cas, où, par une cause quelconque, les « forces vitales out perdu de leur énergie. »

2° L'augmentation toujours coïncidente de l'eau, dont le chiffre peut s'élever à 845,8.

Faisons de suite remarquer que ce même résultat a été fourni par l'analyse faite par M. Nicholson du sang des scrofuleux. Sous ce peint de vue, l'examen comparatif des recherches du médecin anglais et de celles des deux savants français mènerait à un résultat fort inattendu sans doute, *celui d'une altération du sang plus considérable chez les scrofuleux que chez les tuberculeux !* Mais les faits de certaines chlorotiques chez lesquelles le chiffre des globules s'est abaissé jusqu'à 38,7, et même dans un autre cas jusqu'à 27,9, pendant que les proportions de l'eau s'élevaient jusqu'à 866,70 et 886,00 (Andral et Gavarret), ces faits, disons-nous, tendent à prouver que les globules, et l'eau par

conséquent, peuvent subir d'énormes variations dans leurs proportions, les globules au-dessous, l'eau au-dessus de leurs chiffres normaux, sans que la vie soit sérieusement menacée, car les deux malades qui ont offert un abaissement si considérable du chiffre des globules n'en ont pas moins guéri! Les scrofuleux, qui offrent aussi parfois des chiffres si bas pour la proportion des globules guérissent aussi.... *tandis que les tuberculeux périssent!*

Faut-il donc rechercher la cause de cette différence dans l'issue de l'une et de l'autre maladie, dans ce résultat qui nous est encore donné par le même tableau, qu'en même temps que les proportions d'eau augmentent, les principes organiques et inorganiques qu'elle tient en dissolution et dont la présence la constitue à l'état de sérum, ces principes, dis-je, sont représentés par un chiffre toujours plus faible que celui de l'état normal, 88, que nous avons donné plus haut, et nous voyons dans ce même tableau que ce chiffre peut tomber à 65,10. Ce genre d'altération paraît appartenir plus spécialement à la phthisie pulmonaire, tandis que l'abaissement du chiffre de la fibrine, toutes les fois qu'il y a absence de tout travail inflammatoire, paraît appartenir plus spécialement aux maladies scrofuleuses. Cependant les recherches de M. F. Dubois nous ont montré chez les scrofuleux arrivés à une période avancée de la maladie et faisant craindre une issue fatale, une diminution presque constante dans l'albumine, circonstance qui coïncide parfaitement avec nos recherches personnelles.

Quant à l'élévation du chiffre de la fibrine, nous savons déjà qu'elle est la conséquence ou d'une inflammation intercurrente, ainsi que nous venons de le dire plus haut, ou bien du travail inflammatoire qui accompagne toujours la foule des tubercules. C'est quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez les scrofuleux, alors que des glandes entrent en suppuration. Disons que le chiffre le plus élevé pour la proportion de fibrine donné dans la période de la fonte tuberculeuse, 5,9, est toujours fort loin de celui trouvé dans la pneumonie franche, 10,50.

Il existe cependant une période de la maladie où la fibrine commence à obéir à la loi de décroissement des aures matériaux du sang, c'est alors que le travail de désorganisation qui s'opère sans cesse dans le poumon a réduit les malades au marasme. Tandis que, nous le rappelons encore, nous avons signalé chez les scrofuleux un abaissement presque constant du chiffre de la fibrine, abaissement qui se manifeste à toutes les époques de la maladie.

Nous avons vu que M. le docteur Nicholson avait cru recon-

naître à l'aide du microscope une certaine altération dans la forme des globules du sang des scrofuleux, celui des tuberculeux paraît devoir être dans le même cas, selon MM. Dujardin et Didiot. Ces deux jeunes chirurgiens (tous deux attachés à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, entrant dans la voie récemment ouverte per M. Dumas qui a eu l'admirable hardiesse de considérer le globule comme un être de vie, ont recherché quelles étaient les maladies dans lesquelles les globules sanguins subissaient quelque altération dans leur structure intime, même alors qu'ils étaient encore contenus dans les vaisseaux destinés à les charrier. Il résulte de leurs premières recherches que *le sang des phthisiques* a déjà subi une première altération avant de sortir de la veine.

Voici comment ils sont arrivés à ce premier résultat si important.

On sait maintenant qu'en suivant un procédé indiqué par M. Berzélius, développé par M. Muller et mis en pratique par MM. Lecanu et Figuier, on parvient facilement et promptement à isoler les globules du sang. Ce procédé consiste à mêler le sang *défibriné par le battage* avec trois fois ou quatre fois son volume d'une dissolution saturée de sulfate de soude; addition qui modifie les propriétés du liquide où nagent les globules, de telle manière que le mélange étant jeté sur un filtre, celui-ci retient tous les globules dans un bon état de pureté et d'intégrité et la liqueur passe incolore. Mais pour que cette opération réussisse, il faut qu'elle soit appliquée à du sang récemment tiré de la veine. Et même en opérant sur du sang qui offre cette dernière condition, comme il faut prolonger les lavages avec la solution de sulfate de soude, afin de priver les globules entièrement de sérum, on voit bientôt la liqueur se colorer, ce qui dénote une altération des globules, altération qui se manifeste au fur et à mesure qu'on s'éloigne davantage du moment où le sang expérimenté faisait encore partie intégrante de l'individu auquel on l'a tiré. Qu'en a conclu M. Dumas *(loc. cit.)*? Que le sang contenu dans ses vaisseaux a une vie qui lui est propre; que cette vie, il la conserve encore quelque temps après qu'il a été tiré de la veine, mais qu'il la perd enfin et qu'alors désorganisé, il cède sa partie colorante au liquide dans lequel il nage, il passe même bientôt à travers les filtres. La dissolution du sulfate de soude paraît lui conserver momentanément et même lui rendre cette vitalité. Mais bientôt, ainsi que nous avons vu, il commence à la perdre de nouveau. M. Dumas a réussi *(loc. cit.)* à prolonger encore cette existence propre. Son

procédé consiste à aérer le sang sans cesse à l'aide d'un courant d'air atmosphérique qui le traverse pendant l'opération du battage, celles du filtrage et du lavage.

Eh bien, il résulte des recherches de MM. Dujardin et Didiot que c'est en vain qu'on a recours, *pour le sang des phthisiques,* à l'addition de la solution de sulfate de soude, puis à l'aérage : une grande partie n'en passe pas moins à travers le filtre, d'où il en faut rigoureusement conclure qu'ils avaient déjà subi, quoique contenus dans les vaisseaux d'un être vivant, un commencement d'altération.

« Dans ces derniers états pathologiques (la *phthisie,* la chlo-
« rose, l'anémie, les cachexies, surtout la *cachexie cancéreuse),*
« le résultat de l'expérience offre une constance remarquable.
« Toujours et comme nous l'avons dit, quelque soin que l'on
« prît d'aérer le liquide dans lequel les globules étaient sus-
« pendus, chaque goutte traversant le filtre offrait des traînées
« rouges qui ôtaient au sérum la limpidité que le sulfate de
« soude aurait dû lui conserver. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

22. *Lettre sur la contagion de la fièvre typhoïde.*

(Gazette médicale de Paris, N° 23 ; 1849.)

Monsieur le rédacteur,

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? Telle est la question grosse, nonobstant le laconisme de sa forme, d'interprétations diverses et de difficultés sérieuses que l'Académie de médecine offre cette année à l'émulation des chercheurs de problèmes. Cette question touche, en effet, à l'étiologie même de cette maladie, c'est-à-dire à ce qu'il y a de plus obscur peut-être dans la pathologie. — Car enfin, je ne suppose pas qu'il s'agisse uniquement, pour se conformer aux intentions de l'illustre compagnie, de constater purement et simplement le fait de la transmission de la maladie d'un individu à un autre..... Qu'est-ce qu'un témoignage de plus pourrait ajouter au témoignage de maints observateurs qui ont démontré, ou la chose ne le sera jamais, que la fièvre typhoïde peut, *dans quelques circonstances,* se communiquer comme la rougeole, la variole, etc. Que si l'on ne trouve pas à ces nombreux témoignages une autorité suffisante, quelque respectables qu'ils soient, est-ce d'une dissertion académique qu'on peut attendre une solution définitive de la question, une décision sans appel ? Que ne provoquait-on plutôt une enquête à laquelle le plus modeste praticien de province eût

apporté son contingent de preuves ? Plus de possibilité, dès lors, de récriminer contre les lumières et la sincérité des observateurs, et la doctrine de la contagion consacrée par le témoignage de l'immense majorité des praticiens entrait de vive force dans le domaine des vérités acquises. Mais c'est qu'en vérité là n'est pas le vif de la question. A l'exception de quelques non-contagistes obstinés qui ne paraissent plus avoir d'autre motif pour soutenir leur opinion que celui de l'avoir antérieurement professée, tout le monde avoue aujourd'hui que la fièvre typhoïde peut, *dans certaines conditions*, être contagieuse. Ce que l'Académie a eu certainement en vue, c'est de pousser les travailleurs vers la recherche de ces circonstances : c'est d'arriver à la connaissance de *la loi* en vertu de laquelle cette pyrexie non contagieuse de sa nature le devient pourtant dans tels cas donnés. Or, ceci est d'une tout autre portée ; mais aussi que de difficultés attachées à la solution de tels problèmes ! Combien s'en découvre-t-il dans un siècle ? Que de faits partiels érigés en lois parce que l'on n'avait envisagé qu'un des mille côtés de la question ! Voyez, par exemple, ce qui est avenu de la plupart des lois trouvées par la doctrine physiologique ! Ainsi, loin d'avoir trouvé la loi pathogénique qui préside au développement de la fièvre typhoïde, on n'est pas même d'accord sur les circonstances qui précèdent son apparition. Ainsi, *l'acclimatement* est regardé comme une des conditions les plus favorables à son développement par les praticiens qui habitent les grands centres de population, Paris notamment, tandis que les médecins de province tiennent peu compte de cette circonstance ou la nient même parce que dans les petits foyers de population où ils se trouvent pour la plupart, ils ne sont pas à même d'observer comme les premiers, ces immigrations sur une grande échelle, et que d'ailleurs la transition de la vie des campagnes à celle des villes peu peuplées est beaucoup moins forte. D'un autre côté, les médecins de campagne habitués à vivre en quelque sorte *à ciel ouvert*, cherchent l'application des faits qui se passent sous leurs yeux dans la direction des vents, l'inclinaison du sol, dans les cours d'eau, les amas d'eaux croupissantes ou laissant à découvert une vase corrompue, etc.; toutes choses qui préoccupent moins le praticien citadin, à tort peut-être, car enfin l'influence des eaux, de l'air et des lieux ne se fait-elle pas sentir partout ? Est-ce qu'il n'y a pas, par exemple, dans beaucoup de villes, des égouts ou des cours d'eau abandonnant pendant une partie de l'année leur lit desséché ou vaseux ? Pourquoi donc, pour en revenir au sujet qui nous occupe, la fièvre typhoïde n'est-elle pas, sur les quais qui les bor-

dent, épidémique ou contagieuse, comme on la dit être dans les villages exposés aux mêmes influences? Pourquoi n'en est-il pas de même dans les casernes bâties dans la plupart des villes fortes au-dessus de fossés croupissants? Je crois donc qu'on a été beaucoup trop loin dans l'espèce d'antagonisme qu'on a voulu établir dans l'étiologie de la fièvre typhoïde des grandes villes et celle des petites localités. Ainsi, je connais plus d'un exemple de contagion dans des villes d'une forte population, et je l'ai observée assez fréquemment dans celle où j'exerce (16,000 habitants, y compris la garnison); et si dans le service nosocomial très-nombreux dont je suis chargé, je n'ai pas vu bien évidemment la fièvre typhoïde se transmettre, j'y ai vu fréquemment des maladies de divers ordres y prendre un coractère typheux, de légères indispositions se transformer en pyrexies graves. D'ailleurs des individus déjà atteints d'une maladie, sont-ils, en général, dans des conditions favorables à la contagion de cette pyrexie spéciale. Nous nous sommes trouvé souvent aussi dans le cas de conserver au milieu de nos autres malades des individus atteints de scarlatine, de rougeole, de variole, etc., et nous n'avons pas vu d'ordinaire ces affections se propager dans nos salles. C'est que la contagion n'est pas un fait absolu, mais conditionnel et subordonné à un grand nombre de circonstances qui ne se trouvent pas toujours réunies. N'est-il pas probable que, dans bien des cas, l'existence d'un état pathologique est exclusive d'affections d'un autre ordre? N'en est-il pas ainsi dans l'ordre physiologique de l'immunité que l'habitude assure aux personnes qui vivent dans l'atmosphère des hôpitaux? immunité qui n'est pas telle d'ailleurs qu'on ne la voie succomber parfois aux maladies régnant épidémiquement dans certains établissements. Ainsi, un ordre religieux qui dessert les hôpitaux de l'Est, a fait, dans ces dernières années, des pertes sensibles à la suite des fièvres typhoïdes qui y ont régné. Ajoutons enfin que la plupart des personnes auxquelles il est fait allusion ici (médecins, sœurs, infirmiers), ont passé l'âge où l'on contracte plus facilement la fièvre typhoïde. En somme, je crois que l'argument tiré de la non-contagion de cette fièvre dans les hôpitaux n'a pas autant de valeur qu'on lui en a attribué. — Un seul fait pour finir, et que j'emprunte, entre beaucoup d'autres du même genre, aux notes de ma pratique.

Obs. — Un jeune ouvrier, en pension Nancy, y contracte, en donnant des soins *à sa bourgeoise,* une fièvre typhoïde grave, dont cette dernière était atteinte. Transporté, au bout d'une quinzaine de jours, malade encore, dans son village natal, il y com-

muniqua cette maladie à une de ses sœurs que le soignait. Je constatai chez cette jeune fille les symptômes d'un fièvre typhoïde adynamique, qui acquit en peu de temps une très-grande gravité et se communiqua quelques jours après à une second sœur plus jeune, et qui n'avait pas quitté la malade. Enfin, un autre frère, habitant une ferme *isolée* à 10 kilomètres de là, vint voir ces jeunes filles, passa vingt-quatre heures dans la maison paternelle, et retourné chez lui, tomba malade à quelques jours de distance, de la même maladie. La père et la mère eux-mêmes ne furent pas épargnés ; mais grace, sans doute, au privilége de l'âge, ils ne furent alités que quelques jours et n'offrirent d'autres symptômes qu'une grande faiblesse avec diarrhée.

Peut-on imaginer quelque chose de plus conciuant en faveur de la contagion ? Qu'en pense M. Rochoux ? Quant a moi, je dis qu'un seul fait de ce genre, décrit dans toutes ses circonstances, suffirait pour établir la contagionabilité de cette pyrexie. Or, ces faits, nous ne les comptons plus, et si quelque chose a le droit de nous étonner, nous autres médecins de province, c'est que l'Académie de médecine mette un point d'interrogation à la suite de cette phase : La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ?

Agréez, etc. S.

MONOGRAPHIE.

23. *Instruction pratique sur le traitement du choléra-morbus ;* par les docteurs Martin-Lauzer et H. Cotin.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, juillet 1849.)

Nous nous proposons de donner ici une instruction très-détaillée sur la conduite à tenir dans le choléra. Dans les précédents numéros de ce journal, il a été fait mention des diverses méthodes de traitement : toutes les formules, les moyens spécifiques, rationnels ou empiriques, ont été exposés ou mentionnés. Il importe aussi au praticien d'avoir à sa disposition l'histoire du traitement préconisé par les plus grands maîtres, adopté par la majeure partie des praticiens de tous les pays, et suivi par nous et autour de nous sur ce théâtre si largement ouvert à la pratique.

Nous nous efforcerons de suivre la maladie dans toutes ses phases, de la reprendre ensuite, au risque de nous répéter, dans ses prédominances, ses anomalies, ses complications, ses suites et sa convalescence ; de l'envisager chez l'adulte, l'enfant et le

vieillard. Dans ce travail, fait exclusivement au point de vue pratique, les questions purement scientifiques ne seront qu'effleurées. Nous ferons la plus large part au diagnostic et au traitement.

L'ordre que nous suivrons sera celui du développement du choléra, et, pour être plus clairs et plus précis, chaque série de symptômes, chaque symptôme, ensuite, sera suivi de l'indication des moyens les plus propres à les combattre. Nous donnons, dans ce numéro, un tout complet ; mais, comme il est probable que beaucoup de points encore obscurs seront plus tard éclaircis, afin de ne pas être obligés de recommencer un travail aussi long que celui-ci, nous diviserons les différentes parties de cet article en chapitres et en paragraphes auxquels il nous sera aisé de reporter plus tard le lecteur à l'aide de numéros de renvoi.

Chapitre Ier. — *Prodromes du choléra.*

§ I. Il est bien rare que le choléra le plus foudroyant ne soit pas précédé de signes avant-coureurs. Mais comme ceux-ci n'ont rien en eux de pathognomonique, comme ils peuvent être communs à divers états morbides, les malades se méprennent souvent sur leur valeur et perdent un temps précieux pendant lequel on pourrait enrayer la marche de la maladie. En thèse générale, pendant une épidémie quelconque, la prudence veut que les moindres dérangements dans la santé soient considérés comme des indices probables de l'imminence de la maladie.

§ II. Dans les lieux où le choléra a régné épidémiquement, et surtout quand l'épidémie a un certain développement et une certaine intensité, il est peu de personnes qui n'éprouvent quelques malaises, consistant en des troubles généraux ou fonctionnels. On peut se préserver de ces troubles ou les combattre par une stricte observance des lois de l'hygiène. Il importe alors, surtout, d'avoir une vie extrêmement régulière, et, pour le dire en passant, nous croyons que c'est en grande partie à cette régularité de vie et de régime que plusieurs établissements, d'ailleurs bien situés, doivent l'immunité dont ils ont joui pendant l'épidémie. Nous voulons parler de l'hôpital des Vénériens, de Saint-Lazare, de la Maternité, comme aussi des colléges et d'un grand nombre de pensions de Paris. Il faut éviter avec grand soin les veilles et les excès de tous genres, parce qu'ils débilitent. La continence, par la même raison, a été recommandée dans toutes les épidémies, dont quelques-unes, celle de choléra entre autres, ne reçurent certainement pas sans raison le nom de *trousse-galant*. Un des points les plus importants sur lequel doit encore porter

l'attention, c'est l'alimentation, qui doit être plus réparatrice qu'abondante. Si l'appétit reste vif, malgré le malaise, la faiblesse, la fatigue générale, on ne le satisfera pas entièrement; on fera plutôt un ou deux repas de plus. Les viandes de bœuf ou de mouton rôties, la volaille peu grasse doivent faire la base du régime alimentaire, avec les vins vieux de Bordeaux ou de Bourgogne. Le régime végétal doit y figurer en faible proportion, mais il ne mérite pas l'exclusion absolue dont on le frappe généralement, et nous avons eu à traiter une dame sérieusement incommodée pour s'en être totalement privée, contre ses habitudes. Si l'estomac n'appète pas les aliments solides, on se bornera à prendre des bouillons et de légers potages, et on aura soin, alors, de proportionner l'exercice à l'alimentation. Les infusions aromatiques, telles que celles de thé, de camomille, de menthe, de café, si l'on a l'habitude de ce dernier, seront utiles après le repas. L'adjonction des alcooliques, tels que le rhum ou l'eau-de-vie, à ces agents, est rarement utile et peut être nuisible.

Les personnes qui éprouvent des malaises après les repas, même les plus exigus, se trouvent bien de prendre, dans ces circonstances, quelques pastilles de menthe, de mâcher quelques parcelles de rhubarbe ou de quinquina, et d'avaler leur salive. Si ces malaises persistent, elles devront, de préférence, chiquer à jeun, en avalant leur salive, 2 ou 3 grammes de bonne rhubarbe, et, si celle-ci passe mal, de quinquina. Les poudres de ces mêmes substances, ou leur infusion à la dose de 8 grammes pour 250 grammes d'eau, se recommandent, mais à un moindre degré. Dans ces dispositions, les eaux gazeuses sont utiles à quelques personnes. Les frictions sèches répétées matin et soir, l'usage de la flanelle sur la peau, surtout sur le ventre, sont de bons moyens adjuvants dans les cas de faiblesse générale et fonctionnelle.

§ III. Le calme et la sérénité de l'âme sont un des meilleurs moyens de résister à l'influence épidémique, tandis que la terreur engendre des malaises généraux ou partiels que nous avons énumérés plus haut, et dispose même à des accidents plus graves. Nul doute que le choléra puisse éclater sous l'influence de la peur, de même que, tout récemment, nous avons vu les derniers troubles de Paris, au 13 juin, ramener chez certains individus des diarrhées récemment guéries. Dans les cas de prédominance de l'affaissement moral, on doit joindre les antispasmodiques et les toniques diffusibles aux moyens précédement énumérés. M. de Block, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de

Gand, dit avoir retiré, dans de semblables circonstances, les meilleurs effets de la mixture suivante :

Eau de menthe poivrée.	90	gramm.
Ether sulfurique alcoolisé	2	—
Esprit carminatif de Sylvius.	15	—
Sirop de menthe.	30	—

Une cuillerée toutes les deux heures.

§ IV. Les indigestions, les rapports aigres, sont des accidents qui peuvent être indépendants de l'épidémie régnante, mais qui exigent, en ces circonstances, plus de ménagement que dans les temps ordinaires. On opposera à l'indigestion les moyens qui ont réussi dans les précédentes, et qui varient souvent, suivant les idiosyncrasies. En général, dans les circonstances actuelles, mieux vaut provoquer l'assimilation des aliments par les boissons aromatiques, les pastilles et l'eau de menthe (celle-ci donnée par petites cuillerées), que de provoquer leur élimination par des vomissements artificiels qu'on est quelquefois embarrassé pour arrêter à leur tour. Si cependant les premiers moyens ne réussissent pas, s'il s'établit des éructations, des hoquets, des rapports aigres, si l'estomac devient douloureux, il faut débarrasser l'estomac par le haut. On essayera d'abord la titillation de la luette, aidée de quelques tasses d'une infusion aromatique ou d'eau tiède. L'eau de menthe pure, une douzaine de gouttes d'éther dans une cuillerée d'eau sucrée, réussissent quelquefois mieux, suivant M. Cayol, que les boissons tièdes pour déterminer un vomissement d'indigestion. Si ces moyens ne réussissent pas, on se décidera alors à donner 50 à 75 centigrammes d'ipécacuanha dans une petite tasse d'eau tiède. On fera ensuite reposer et transpirer doucement le malade. Quelques heures après, on lui donnera, s'il se sent faible, une tasse de bouillon chaud bien dégraissé.

§ V. Les malaises que nous venons de décrire indiquaient plutôt une prédisposition au choléra que l'imminence de cette affection. Mais une faiblesse insolite, l'embarras ou la douleur de tête, l'oppression de la poitrine, le dégoût pour les aliments, les nausées, les maux de cœur, les envies de vomir sans résultat, ou donnant lieu à des vomissements bilieux ; les anxiétés et les pesanteurs d'estomac, une constipation rebelle, des borborygmes, tous ces symptômes isolés ou associés sont des préludes du choléra qu'il faut s'empresser de combattre.

Dans ces circonstances, le malade devra :

1° Prendre un bain de pieds très-chaud, pendant un quart

d'heure. On aura soin de maintenir tout le temps ce bain à une température élevée.

2° Au sortir du bain, on essuiera les pieds avec du linge chaud, et on fera coucher le malade dans un lit bien chauffé.

3° Dans cette position, on lui appliquera sur le ventre un large cataplasme de farine de lin, à nu, s'il est possible, et recouvert de taffetas gommé ou de flanelle. Dans le cas où l'on manquerait de farine de lin, on y suppléerait avec de la mie de pain ou avec de l'amidon. On rend les cataplasmes plus émollients en les arrosant à la superficie avec de l'huile, qui a, en outre, l'avantage de les empêcher d'adhérer, s'ils sont à nu. Si les douleurs de ventre sont très-vives, le cataplasme est préparé avec une décoction de têtes de pavot au lieu d'eau simple, ou bien arrosé d'un gramme et plus de laudanum de Sydenham.

4° Le cataplasme appliqué, on donne à boire, toutes les demi-heures, une tasse d'infusion de camomille romaine ou de menthe poivrée sèche, ou de feuilles de petite sauge ou d'hysope, ou même de feuilles de cassis.

5° Lorsque la diaphorèse excitée par ces moyens sera tombée, si le malade éprouve un bien-être général, si sa langue est bien humectée, s'il accuse de la faiblesse en même temps que de l'appétence pour les aliments, on le nourrira de semoule, de crèmes de riz ou de salep, de panades légères, d'œufs frais. Ces aliments sont avantageusement remplacés chez beaucoup de malades par le bouillon de bœuf froid donné par cuillerée, d'heure en heure, puis de deux en deux, ou de trois en trois heures, à mesure qu'on en augmente la dose, et enfin de quatre en quatre heures, lorsque le bouillon est devenu un potage.

6° Les boissons qui accompagneront le mieux le retour à l'alimentation sont l'eau de salep ou l'eau panée. Si le malade appète les acides, on pourra joindre de la groseille à l'eau panée, ou bien donner une limonade ou une orangeade légère. On se défiera des boissons fermentées, telles que le vin, la brière, le cidre.

7° Les accidents nerveux que nous avons énumérés en tête de ce paragraphe, ainsi que les borborygmes, disparaissent aussi très-rapidement sous l'influence d'une bouteille d'eau de Sedlitz, ou de 40 grammes de sulfate de soude dissous dans quatre verres d'eau et donnés d'heure en heure. Il n'est pas nécessaire d'attendre, pour y avoir recours, que la langue soit recouverte de mucosités, et même, si l'on attend trop longtemps, ce moyen perd de son efficacité. Il peut arriver, en temps d'épidémie, et il importe de le savoir, que les remèdes agissent d'une manière

tout opposée à ce qu'on en attend. Nous prescrivîmes à une dame 1 gramme 20 centigr. d'ipécacuanha en 3 doses, contre des vomituritions fatigantes; aussitôt l'ingestion de la première dose, les vomissements n'eurent plus lieu, et il survint quatorze à quinze garde-robes. Le même jour, un de nos excellents confrères, le docteur Perdrix, prescrivait une bouteille d'eau de Sedlitz à une autre dame, qui provoqua plus de vingt vomissements qu'il fallut arrêter.

8° L'amertume de la bouche, l'état saburral de la langue, les nausées et même les vomissements bilieux jaunâtres indiquent l'ipécacuanha plutôt que le sulfate de soude. Mais si l'ipécacuanha n'arrête pas ces accidents, ou si les antécédents du malade dénotent une difficulté extrême à vomir, on revient alors au sulfate de soude. Nous dirons plus loin, au chapitre des prédominances de certains symptômes, ce qu'il y aurait à faire si les vomissements étaient opiniâtres et persistants.

9° Il conviendra, dans la convalescence de ces divers accidents, d'observer les précautions hygiéniques que nous avons indiquées plus haut, et même, au besoin, de recourir à quelques-uns des moyens que nous indiquerons plus loin pour la convalescence du choléra.

§ VI. Lorsqu'il s'établit de la diarrhée stercorale et jaunâtre (quelquefois c'est le premier et seul phénomène qui existe); si les évacuations se font brusquement, avec explosion de gaz, la maladie prend le nom de cholérine. Il ne faut alors qu'un surcroît de fatigue, qu'une perturbation morale, qu'une surcharge de l'estomac, qu'un excès quelconque, qu'un changement de temps, qu'un orage pour amener, sans transition, le passage aux accidents les plus graves.

La diarrhée sera généralement combattue par les moyens indiqués au paragraphe précédent, et, de plus :

1° Par des quarts de lavement, de température douce, composés de 7 ou 8 cuillerées à soupe d'eau, dans lesquelles on délayera 1 ou 2 cuillerées à soupe d'amidon, et de 7 à 10 gouttes de laudanum de Sydenham, ou 3 à 5 gouttes de celui de Rousseau.

Si l'on n'a pas d'amidon, on emploiera, à la place, un ou deux jaunes d'œufs frais, et même le blanc de l'œuf.

2° En cas qu'elle résiste à ce quart de lavement et aux boissons diaphorétiques, on associera successivement à celles-ci, soit de l'eau panée, soit de l'eau de riz plus ou moins épaisse, soit de l'eau de salep, soit une décoction de racine de grande consoude.

3° Si le dévoiement a lieu avec des borborygmes, on l'arrêtera

beaucoup plus rapidement en administrant, au lieu de lavements opiacés, et même après ceux-ci, l'eau de Sedlitz, ou 40 grammes de sulfate de soude, dissous dans quatre verres d'eau, à prendre en quatre fois d'heure en heure. Le sulfate de soude est préféré par M. Récamier à celui de magnésie, ainsi qu'à tous les autres agents purgatifs.

4° Si la diarrhée résiste à ces moyens, elle rentre dans les prédominances symptomatiques dont nous traiterons dans un article spécial.

5° La convalescence de la diarrhée sera traitée comme celle des symptômes énumérés au paragraphe précédent.

§ VII. Pour terminer ce que nous avons à dire des prodromes du choléra, nous ajouterons qu'un membre distingué de l'Académie de médecine de Paris, M. le docteur J. Guérin, émet la double assertion suivante, dont on comprendra l'importance :

1° Que le choléra a constamment une période d'incubation (cholérine), consistant dans quelques-uns des symptômes ci-dessus énumérés, et notamment dans la diarrhée, qui existe 95 fois sur 100, tandis que les 5 autres fois il n'existe que des symptômes nerveux.

2° Qu'on prévient d'une manière certaine l'explosion du choléra, en traitant ses prodromes, soit par un éméto-cathartique, soit par l'eau de Sedlitz toute seule, suivant les indications. Nous n'avons pas observé personnellement un assez grand nombre de faits pour conclure d'une manière aussi absolue que notre confrère; mais ceux que nous avons vus, ou dont la connaissance nous est parvenue, sont favorables à ces conclusions. Nous dirons aussi qu'aucun des individus affectés de simple cholérine, et auxquels nous avons administré soit un vomitif, soit un éméto-cathartique, soit un purgatif simple comme les sels neutres, l'huile de ricin ou le calomel, aucun de ces individus disons-nous, et ils sont en assez grand nombre, n'a eu ensuite le choléra. Mais, dans le fort de l'épidémie, ces moyens n'ont point toujours enlevé, avec la rapidité qu'on leur reconnaît, l'état saburral qui faisait alors le fond de la cholérine. Les nausées, les vomissements ou la diarrhée, persistaient souvent, malgré les évacuants des deux voies, et nécessitaient l'emploi de moyens que nous indiquerons plus loin, au chapitre des prédominances. Dans la plupart de ces cas, il est vrai, l'état morbide durait depuis quelques jours, et le moment d'élection pour les évacuants pouvait être considéré comme passé. Dans de pareilles circonstances, on ferait périr un malade d'inanition si l'on attendait, pour le nourrir, que la langue fût nettoyée. C'est souvent alors

l'affaire des toniques diffusibles ou fixes (aromatiques et amers), et d'une alimentation dont nous avons indiqué les bases au § 2.

Chapitre II. — *Symptômes du choléra.*

Invasion et marche de la maladie. — Indications thérapeutiques d'après ses phases et les groupes de symptômes. — Quelques moyens thérapeutiques spéciaux.

§ VIII. Le choléra commence, lorsque la diarrhée devient d'un gris blanchâtre, inodore et qu'elle prend l'aspect d'une décoction de riz plus ou moins épaisse, en même temps que les urines se raréfient et que traitées par la chaleur ou l'acide nitrique, elles donnent un précipité d'albumine, et qu'à ces symptômes se joignent des douleurs de reins et une augmentation rapide du sentiment de faiblesse. S'il survient des vomissements, semblables aux selles, si les urines se suspendent, si les crampes apparaissent, si la soif devient plus vive, si la peau se refroidit et devient moite, si le pouls devient petit, déprimé, filiforme, si les traits sont tirés, si la figure se décompose, si la voix change de timbre et se voile, le choléra est en progrès.

Les selles blanches et les vomissements blancs forment les traits caractéristiques du début du choléra confirmé. Mais dans la plupart des méthodes jusqu'ici préconisées, il nous a paru qu'on s'attachait trop exclusivement à les combattre par des moyens qui conduisent d'ailleurs rarement au but qu'on se propose. Ici ce n'est plus comme dans le choléra nostras où l'on est maître de la maladie dès qu'on s'est rendu maître des vomissements et des selles (ce qui s'effectue d'ordinaire très-bien par les opiacés) ; dans le choléra asiatique, on peut triompher de ces symptômes, ils cessent même assez souvent d'eux-mêmes, que le malade n'en succombe pas moins plus tard à la réfrigération, à l'extinction de la grande circulation, à l'asphyxie et à la stupeur cérébrale, accidents qui n'existent pas encore (hormis les cas de choléra foudroyant), mais qu'il faut prévoir et combattre comme s'ils existaient déjà. Il faut donc dès lors :

1° Agir fortement à l'extérieur par des sinapismes appliqués aux bras, aux jambes et sur l'épigastre, et les maintenir dix minutes, un quart d'heure, vingt minutes, suivant l'impressionnabilité du malade. On les promène successivement sur les autres parties des membres et du tronc.

Les sinapismes sont avantageusement remplacés sur le tronc par un morceau de laine épaisse en plusieurs doubles, trempé dans de l'eau très-chaude et tordu. On enveloppe de cette laine

tout le torse depuis la poitrine jusqu'au bassin et on la renouvelle au besoin si la diaphorèse ne s'établit pas.

Un autre moyen plus facile encore pour provoquer la chaleur et la sueur consiste à envelopper le malade nu dans une couverture de laine sèche.

Aux sinapismes, s'ils n'amènent pas la réaction, on substituera les frictions faites simultanément sur les quatre membres et sur l'épine du dos par quatre personnes qu'on fera, si l'on peut, relever par quatre autres, lorsqu'elles seront trop fatiguées. On agira sous la couverture. Les frictions se font énergiquement avec une étoffe de laine, mise en bouchon, sèche ou trempée dans du vinaigre très-chaud. Le massage seconde efficacement l'effet des frictions.

Si l'on n'a pas un personnel suffisant pour faire frictionner convenablement tout le corps, on se bornera à opérer les frictions sur l'épine du dos, et l'on y joindra :

Soit la percussion sur les membres avec les mains, en cinglant ;

Soit l'urtication, en frappant et frictionnant avec des orties.

Et de plus des bouteilles de grès, remplies d'eau chaude, que l'on distribuera le long du corps.

II° En même temps, agir fortement à l'intérieur par l'administration de l'un des moyens suivants :

1° L'huile essentielle de menthe poivrée, qui se trouve aisément partout et que le professeur de Block considère comme un vrai spécifique du choléra. On en met de 1 à 5 gouttes, sur un morceau de sucre que l'on fait fondre dans une tasse d'infusion de feuilles de menthe, de camomille ou de thé, et on fait prendre le tout au malade. On réitère au besoin, s'il n'y a pas de réaction rapide. Si elle ne répond pas à ce qu'on en attend, on la donne dans du café noir froid ou chaud, suivant l'appétence du malade.

2° Un remède très-recommandé, par MM. Cayol et Récamier, c'est la teinture, dite de la sœur de Charité. Dans la commune d'Houplines (Nord) une sœur de Charité a sauvé, dit-on, beaucoup de cholériques par l'emploi d'un remède populaire dont la composition est fort simple, et dont les effets sont attesté par de nombreux témoins. En voici la recette.

Racines d'angélique.	de chaque 30 gramm.
— de calamus aromaticus. . . .	
— de grande aunée (inula campana).	
— de gentiane.	

Mettez macérer dans un litre d'eau-de-vie ou de genièvre, pen-

dant trois ou quatre jours, puis tirez à clair la liqueur qui peut se conserver pendant plusieurs années dans des flacons bien bouchés et placés dans un endroit sec.

La dose de cette teinture est d'un verre à liqueur pour un adulte, et si la réaction ne se fait pas sentir au bout d'une demi-heure, on en donne une seconde dose. Puis, on fait boire pour tisane, par petites tasses, de demi-heure en demi-heure, une infusion de 7 ou 8 feuilles de sauge dans un demi-litre d'eau. Si le malade est très-altéré, on peut alterner cette tisane avec quelques tasses d'eau d'orge.

3° La mixture de Strogonoff, dont voici la formule :

Teinture éthérée de valériane.	ââ 4 gramm.
— anodine d'Hoffmann.	
Teinture de noix vomique.	ââ 2 gramm.
— d'arnica, fleurs et racines. . .	
Teinture d'opium.	3 gramm.
Essence de menthe.	1 —

Cette mixture est un stimulant puissant, et ne pourrait pas être mise, comme la recette précédente, entre les mains des personnes étrangères à l'art. On en donne de 15 à 20 gouttes dans du vin blanc, de préférence avec du sucre. On réitère au besoin. Ce stimulant a été utile à la femme d'un confrère pour aider à obtenir une réaction qui ne s'établissait pas.

4° Les boissons qui conviennent dans cette période sont les infusions aromatiques chaudes auxquelles on ajoute, soit :

L'acétate liquide d'ammoniaque (une cuillerée à café par tasse);

Soit l'hydrochlorate d'ammoniaque, 20 ou 30 centigr., répartis en plusieurs tasses ;

Soit le sel de cuisine (une cuillerée à café, réitérée au besoin dans un pain à chanter, ou mieux dans une infusion aromatique), surtout si le pouls est faible et dépressible.

La diarrhée et les vomissements, nous le répétons, n'exigent point de médication spéciale dans cette période, avant que la réaction s'opère. Les lavements opiacés n'arrêtent ordinairement point la première, et l'opium a d'ailleurs ses contre-indications. Les lavements astringents ajoutent aux autres accidents un ténesme fort incommode qui porte le malade à demander sans cesse le vase, quelquefois jusque dans les glaces de la mort, et contrarie l'emploi des moyens réchauffants. L'établissement de la chaleur et de la sueur sont en ce cas les meilleurs antidiarrhéiques, et si le dévoiement persiste encore, il est déjà bien modifié, et on peut le combattre à son aise par des moyens que nous indiquerons au chapitre de cette prédominance. Même

chose à dire du vomissement qui tourmente plus le malade que la diarrhée, mais qui l'épuise bien moins et sur lequel les moyens internes que nous avons indiqués ont déjà quelque prise. Mais si ce symptôme est très-intense, on ne donne à boire que de très-petites quantités de liquides à la fois et on les donne très-chaudes et plus répétées.

La raréfaction et la suspension des urines sont des éléments de diagnostic et de pronostic, et non des sources d'indications spéciales.

La faiblesse se trouve directement combattue par les stimulants internes et externes.

Les crampes encore peu intenses peuvent être soulagées par l'allongement brusque des membres, par le massage, par les frictions avec l'onguent napolitain à haute dose. Mais on évitera, en employant ces moyens, de mettre le malade à nu.

La soif, accident secondaire, est déjà combattue par les infusions chaudes et aromatiques que nous avons indiquées.

§ 9. Le choléra marche rapidement vers un terme fatal, si le pouls n'existe plus, si les yeux excavés sont entourés d'un cercle bleu, si la langue est glacée, la voix éteinte, la peau livide et couverte d'une sueur froide et visqueuse ou même aqueuse. M. Récamier compare la sensation que donne alors le contact du malade à celle que produirait une grenouille sortant de l'eau. Cependant les crampes, les vomissements et le dévoiement qui ont pu cesser depuis longtemps, finissent par le faire ; mais c'est qu'alors la vie se retire et que l'agonie va commencer.

Dans cette période ultime, la peau prend une couleur de plus en plus livide ou bleuâtre, surtout le long des vaisseaux veineux ; elle garde les plis qu'on y fait en la pinçant doucement; la sueur et l'haleine, toutes deux froides, exhalent une odeur comme cuivreuse. Le malade n'est plus qu'un cadavre encore vivant, et même encore parlant ; car les cholériques qui succombent dans la période algide conservent la connaissance et la voix jusqu'au moment où ils meurent.

Après la mort, le corps qui dans les derniers instants de la vie était descendu au-dessous de la température de l'atmosphère ambiante, se réchauffe en se mettant en équilibre avec la température du milieu dans lequel il se trouve.

Il faut bien se garder d'abandonner un cholérique, même dans les dernières phases de la maladie, car on en a vu sortir en quelque sorte de leur tombe. On ne doit donc jamais désespérer de ramener la chaleur dans un corps que l'atmosphère ambiante va bientôt suffire seule à réchauffer. Il n'en est d'ailleurs pas du

choléra, ni des maladies pestilentielles, en général, comme des affections causées par des désordres organiques graves et irréparables. Dans ces dernières, on voit d'avance le moment où le jeu de la machine va être inévitablement arrêté par l'arrêt d'un des mécanismes. Dans les premières, au contraire, les lésions organiques sont nulles ou à peu près. La vitalité seule est sidérée : qu'elle se relève, et elle trouvera les rouages de la machine dans leur intégrité et prêts à rentrer en fonction.

Si les sinapismes et autres révulsifs cutanés, précédemment indiqués, restent sans effet, on leur substitue les frictions sur les membres et l'épine du dos avec un bouchon de laine trempé dans le liniment suivant :

Alcool aromatique.	250	gramm.
Ammoniaque.	12 ou 15	—
Huile essentielle de térébenthine. .	15 ou 20	—

On a été jusqu'à joindre à ce liniment des gouttes de teinture de cantharides.

Ce liniment peut être remplacé par le liniment hongrois dont voici la formule.

Vinaigre.	250	gramm.
Eau de-vie.	500	—
Farine de moutarde.	16	—
Camphre.	8	—
Poivre.	8	—

On y ajoute, si l'on veut, une gousse d'ail pilée.
On laisse infuser pendant trois jours.

Si la réaction se fait trop attendre, on applique quelquefois avec succès un vésicatoire longitudinal par incorporation sur l'épine du dos, de haut en bas, de 30 à 35 centimètres de long sur 7 à 10 de large. On le laisse en place quelques heures, et on l'arrose avec de l'alcool camphré.

Pendant que ce vésicatoire est en place on agit par les révulsifs précédemment indiqués, et surtout par la laine trempée dans l'eau bouillante et tordue.

La sueur froide qui inonde les malades sera essuyée au moyen de serviettes chauffées vivement et renouvelées souvent, particulièrement sur l'estomac, sur la poitrine et sur l'épine dorsale. Ce moyen, joint aux bouteilles chauffées, remplace très-bien les vapeurs sèches qu'on emploie dans les hôpitaux de Paris, mais qui sont en ville d'une application fort difficile.

Les bains de vapeur humide sont également d'un emploi difficile et sont aussi bien remplacés par les cataplasmes, les fomentations chaudes, la laine trempée dans l'eau bouillante.

Les étuves, les bains russes et égyptiens, sont encore plus inapplicables que les bains de vapeurs. On n'y saurait conduire des malades qui périssent si souvent par le seul fait du transport.

Si, malgré l'énergie de ces moyens, la chaleur ne se produit pas, on couvre le tronc et les extrémités de vastes sinapismes brûlants; on applique sur la poitrine des compresses trempées dans de l'ammoniaque liquide.

Les moyens internes à employer dans ces circonstances, sont, outre la mixture de Strogonoff, précédemment indiquée, les suivants :

1° L'essence de menthe donnée par gouttes, 4 à 6, sur un morceau de sucre et prises dans quelques cuillerées de liquides. On recommence tous les quarts d'heure ou toutes les cinq minutes.

2° Si elle échoue, l'éther saturé de camphre, à la même dose et de la même manière.

3° Si l'éther camphré échoue à son tour, on revient à l'essence de menthe ; mais alors on la donne à la dose de 10 gouttes dans un verre à liqueur de vin blanc généreux, ou dans de l'eau-de-vie avec du sucre. On réitère si la première dose n'opère pas.

Le docteur de Block emploie l'essence de menthe à des doses énormes. Comme ce savant professeur déclare proposer ce remède avec la plus grande confiance, pour l'avoir expérimenté lui-même, nous allons insérer ici ses formules.

Dès la première apparition de la période algide et de la cyanose, il donne au malade, tous les quarts d'heure, une cuillerée à café de la potion suivante :

Huile essentielle de menthe poivrée. . . .	4	gramm.
Teinture de cannelle.	30	—
Esprit-de-vin à 20°.	120	—

Cette potion, qui brûlerait les lèvres dans l'état sain, est à peine sentie par les lèvres froides et la langue glacée des cholériques.

Une manière plus simple d'employer l'essence de menthe est la suivante :

Huile essentielle de menthe poivrée, 4 grammes.

On verse de cinq à dix gouttes de ce remède dans une cuillerée ordinaire d'eau-de-vie ou de genièvre. On fait prendre une dose pareille, à une demi-heure d'intervalle jusqu'à ce que la réaction se déclare. Dans la généralité des cas, ajoute M. de Block, soixante gouttes suffisent pour assurer la guérison : sinon, on continue jusqu'à ce que les phénomènes favorables se soient franchement déclarés. On donne en même temps une forte

infusion de feuilles de menthe poivrée, bien chaude et mêlée avec de l'eau-de-vie ou du rhum.

Quand l'essence de menthe est vomie, M. de Block l'administre en lavement. On ajoute à une infusion de fleurs de camomille ou de menthe 5 à 10 gouttes d'huile de menthe, et on passe des quarts de lavement de quinze en quinze minutes.

Ces moyens, dit-il, font disparaître la cyanose dans l'immense majorité des cas.

Nous avons, dans ce qui précède, indiqué les agents thérapeutiques qui conviennent pour les cas les plus ordinaires de choléra. Il en est d'autres qui peuvent aussi être utilement employés, mais d'une manière exceptionnelle, lorsqu'on se trouve en présence d'indications d'une nature spéciale.

Moyens spéciaux qui peuvent trouver leur indication dans le choléra.

§ X. *Des évacuations sanguines.* — M. Cayol fait des évacuations sanguines un des moyens ordinaires de traitement du choléra. En général, dit-il, il est avantageux de faire une première saignée dès l'invasion de la maladie, lorsqu'on ne trouve dans les circonstances extérieures aucune contre-indication. On y revient ensuite lorsque la réaction générale commence à s'établir, et on la répète même plusieurs fois s'il est nécessaire. La première de ces saignées doit être une saignée exploratrice de 120 à 180 gr. : on la renouvelle au bout de quelques heures, si l'effet en a été bon mais insuffisant.

Pour M. Cayol, l'indication de la saignée est une indication culminente, non pas comme antiphlogistique, car elle nécessite le concours de plusieurs moyens tout à fait opposés à cette médication, mais comme *antiasphyxique*.

Les considérations sur lesquelles M. Cayol fonde le précepte de la saignée, comme méthode générale, méritent de fixer l'attention des praticiens. Si ce médecin a formulé d'une manière trop absolue le précepte de la saignée préventive d'accidents ultérieurs, il est incontestable qu'il en a parfaitement saisi l'indication contre l'asphyxie cholérique comme contre les autres genres d'asphyxie.

Il est des cholériques qui sont pris tout à coup de crampes horriblement douloureuses dans les membres et dans les muscles du tronc, avec sensation de barre à la base de la poitrine. Ces derniers symptômes sont toujours suivis de l'annihilation, de l'altération rapide des traits du visage, de l'extinction du pouls, du cœur et de la voix, avec réfrigération, sueur froide et visqueuse,

coloration bleue. Ces cholériques sont ordinairement ceux qui ont peu de garde-robes et de vomissements. L'asphyxie tient alors à une stase du sang dans les veines pulmonaires et le cœur. Au début de cet état, il y a du tumulte à la région précordiale, des battements thoraciques, et à la surface des membres de grandes veines brunâtres.

Il est ordinaire, dans ces circonstances, que la saignée qui donne un sang noir, rougissant difficilement à l'air, soit utile. Le sang asphyxique que la saignée fournit dégage la grande circulation d'un sang peu propre à entretenir la vie; de proche en proche les veines des membres se vident, l'aorte se dégage dans les artérioles capillaires, les veines pulmonaires cèdent le sang noir qui les engorge, et l'artère pulmonaire leur en fournit d'autre; mais ceci ne peut se faire sans que les phénomènes capillaires de la respiration ne reprennent une activité qui va croissant à mesure que la rutilance normale du sang se rétablit. D'où l'indication de la saignée sous ce point de vue.

Mais ici se présente une question d'opportunité. Faut-il faire la saignée, ainsi que le veut M. Cayol, dès le début du choléra, comme moyen préventif de l'asphyxie, pour peu qu'après quelques heures de séjour au lit la moiteur ne s'établisse pas, ou s'établisse sans soulagement notable, ou s'accompagne de douleur ou de pesanteur de tête?

Nous pensons, avec M. Récamier, qu'il ne faut point anticiper avec les phénomènes qui ont été indiqués plus haut. Ces phénomènes ne se présentent d'ailleurs pas chez tous les cholériques, et la saignée pourrait être nuisible à ceux à qui elle ne serait pas directement utile.

Une autre circonstance où la saignée est plus généralement regardée comme produisant de bons effets, c'est le passage de la période algide à la période de réaction, ou plutôt au début de la réaction elle-même. Lorsque cette réaction s'annonce par l'état de la peau, de la langue et du pouls, et lorsque la gêne de la respiration et les troubles du cœur indiquent un embarras dans la circulation, les mêmes phénomènes asphyxiques dont nous venons de présenter le tableau, existent; c'est alors que la saignée est surtout utile : elle est véritablement *antiasphyxique,* elle agit mécaniquement en désobstruant le cœur, le poumon et les veines. Tentée plus tôt, lorsque la période algide subsiste encore, la saignée ne peut agir; elle ne peut non plus être pratiquée, car le sang ne coule pas.

Quand, au début de la réaction, le sang ne coule pas par la veine, ou quand l'asphyxie est plutôt locale que générale, on

peut utilement appliquer des sangsues (qui meurent après s'être gorgées de sang cholérique), soit à la région précordiale soit derrière les oreilles, soit à l'épigastre, soit à l'anus, suivant les indications particulières. Les ventouses sèches ou mouchetées à l'épigastre ou sur la poitrine ont également fait cesser l'asphyxie.

Nous avons, avec grand succès, employé les sangsues sur la poitrine dans des cas où le malade se plaignait de barre sur la base de la poitrine avec étouffement. L'un de ces malades, notamment, se plaignait que l'air lui manquait, dilatait sa poitrine de toutes ses forces et ouvrait sans cesse la bouche comme un poisson mis hors de l'eau. Les sangsues ont enlevé rapidement ces complications.

§ XI. *De l'opium.* — L'opium employé et préconisé par les uns, proscrit et condamné par les autres, a ses avantages et ses inconvénients, suivant l'époque où il est administré, suivant les doses et suivant les malades.

M. Récamier a vu des idiosyncrasies pour lesquelles une goutte de laudanum, même de Sydenham, est un véritable poison. Ces cas doivent être bien rares, et ils ne sauraient arrêter le praticien.

Si l'on a vu quelquefois, dans la période algide, les accidents cesser sous l'influence de potions à base de laudanum ou de teintures d'opium, de sirops d'éther et d'eau de menthe poivrée, joints à des sinapismes, à des cataplasmes et à l'infusion de camomille en boissons, il n'est nullement démontré qu'on doive ces succès à l'opium. On a beaucoup plus souvent remarqué dans la période algide que l'opium n'avait aucune action.

Il est arrivé de là qu'on n'a pas craint d'en augmenter les doses, de les rendre même effrayantes et sans plus de succès. Si le malade meurt dans cette période, il meurt avec sa connaissance, avec ses facultés intellectuelles. L'opium est resté comme un corps inerte dans l'estomac et les intestins qui n'ont rien absorbé. Si le malade, au contraire, survit, et si l'état algide fait place à l'état de réaction, l'absorption a lieu, et tout l'opium ingéré, depuis peut-être 48 heures, agit à la fois et empoisonne le malade. Il est donc important de savoir qu'il y a absence d'absorption plus ou moins complète pendant l'état algide, et qu'au début de la réaction il y a le plus souvent stase du sang dans les organes et prédisposition à l'asphyxie et au coma. D'après ces considérations, on se tiendra en garde contre l'inertie momentanée du tube digestif et contre les effets de l'opium au milieu des difficultés de la réaction. On sait très-bien qu'au début de la réaction il y a des malades qui succombent dans un état d'as-

phyxie comateuse sans avoir pris de l'opium. Mais il n'en est pas moins vrai que l'action de l'opium, nulle tant que dure l'état algide, peut devenir dangereuse et funeste au moment de la réaction.

Contre le choléra nostras, contre ces accidents qui simulent le choléra et que M. le docteur Lombard (de Liége) appelle si bien influenza (influence cholérique), contre la diarrhée et le vomissement, en un mot, tant que le cholérique n'est pas à l'état algide prononcé, l'emploi de l'opium est très-utile : il émousse la sensibilité nerveuse et régularise l'action des deux systèmes nerveux. Sydenham s'est parfaitement trouvé de son emploi ; son laudanum, en effet, nous a semblé d'une grande efficacité pour combattre avantageusement la diarrhée et les vomissements. Quand les accidents cholériques sont plus prononcés, on associe à l'opium les autres excitants diffusibles et les autres moyens indiqués. C'est parce que l'opium agit si bien dans ces circonstances qu'on l'a prôné contre le choléra, et c'est parce qu'il est nuisible plus tard qu'on l'a proscrit. Combien de médicaments et de médications sont rejetés ou adoptés d'une manière exclusive pour les mêmes motifs, parce qu'on n'avait aucun égard aux indications !

§ XII. *Des toniques alcooliques.* — Les toniques alcooliques entrent dans plusieurs des préparations ou remèdes stimulants que nous avons indiqués ; mais la réaction qu'on obtient à l'aide des stimulants rubéfiants et des aromatiques, est toujours la plus efficace et la moins dangereuse. On la continue à volonté et on l'arrête de même, en cessant l'emploi des moyens qui l'avaient provoquée. La réaction factice qu'on obtient à grands frais par les vins généreux, le punch et l'eau-de-vie, est dans beaucoup de cas payée fort cher par la stupeur dans laquelle elle jette les malades et l'état fâcheux dans lequel elle met leurs organes digestifs. M. Récamier, qui déclare se tenir en garde contre eux, sans entendre les proscrire, établit une comparaison d'une justesse remarquable entre les modes d'action des deux ordres de stimulants. En physique, dit-il, je comparerais les stimulants rubéfiants de l'organisme vivant à l'archet qui fait vibrer les cordes du violon, et j'assimilerais les toniques alcooliques qui montent le ton de l'organisme vivant, aux chevilles qui règlent le ton des cordes de l'instrument en les tendant. L'action tonique des alcooliques peut aller jusqu'à la mort après avoir fortifié, comme celle des chevilles peut s'exagérer jusqu'à casser les cordes après les avoir tendues à l'excès.

§ XIII. *Des bains chauds et tièdes ; des topiques émollients et*

relâchants. — Nous n'avons jamais vu les bains plus ou moins chauds produire de bons effets. Nous avons, pour notre part, traité des cholériques chez lesquels on les avait employés au début : ces malades ont succombé. — Les cataplasmes émollients ne seraient pas plus recommandables s'ils n'associaient, par une haute température, le phénomène de la stimulation à celui du relâchement. Encore ne doit-on les employer que dans les préludes. Il en est, suivant M. Récamier, des cholériques algides à l'égard des relâchants chauds, comme des membres gelés, si on les plonge dans l'eau tiède.

§ XIV. *Du froid.* — Le froid nous semble devoir être mis en tête d'un certain nombre d'agents héroïques dont nous faisons comme un corps de réserve pour le cas où les médicaments usuellement employés viendraient à fléchir devant le mal.

Dans les prodromes du choléra et dans la première période, il est rare que le froid convienne soit au dehors, soit au dedans du corps. Il ne convient pas davantage dans le choléra confirmé, s'il établit de la moiteur et des sueurs salutaires. Mais si ces phénomènes d'une heureuse réaction se font trop attendre, on voit les malades désirer avec ardeur les boissons froides et même la glace. L'instinct des malades est un guide sûr pour essayer le froid à l'intérieur ; et si, du moment que le malade boit frais et avale de la glace, le pouls se relève ; si la peau se réchauffe, si une bonne moiteur ou même une bonne sueur s'établissaient avec diminution de tous les malaises, de la faiblesse, des vomissements, des selles, de la soif, si la langue s'humectait, et surtout si le cours des urines se rétablissait, il n'y aurait qu'à continuer à se conformer aux convenances particulières du malade, en ayant soin de ne le faire boire que par gorgées successives, afin de ne pas surprendre l'estomac par l'impression d'un froid considérable qui pourrait supprimer la moiteur et la sueur.

Si, à l'aide des rubéfiants, des stimulants diffusibles, des boissons chaudes et aromatiques, on avait obtenu de la réaction, il faudrait bien se garder de la troubler en administrant de la glace. Lorsqu'on a trouvé une direction simple, produisant de bons effets, il faut savoir s'y tenir, et ne pas faire une macédoine des moyens de l'art.

Il en est tout autrement si les rubéfiants externes et les stimulants internes employés avec mesure et persévérance échouent. Pour rétablir la chaleur, relever le pouls, etc., on n'a pas trouvé la bonne direction, il faut en chercher une autre, pour deux raisons : la première, parce que le malade, fatigué par des moyens du même ordre, n'y répond pas ; la seconde, c'est qu'a-

près des moyens d'un ordre différent, l'organisme sera plus sensible aux moyens employés d'abord, si on est forcé d'y revenir plus tard.

§ XV. — C'est ici le cas d'avoir recours aux affusions froides dont M. Récamier a fait quelquefois une si heureuse application dans des maladies désespérées. Voici comment ce grand praticien s'exprime à cet égard :

« Un cholérique sur lequel les stimulants extérieurs et intérieurs n'avaient produit aucun bon effet et qui restait opprimé par la tendance de la grande circulation à s'éteindre, fut placé doucement sur un lit de sangle incliné, la tête soutenue, un peu relevée. Alors de l'eau froide puisée dans un baquet placé derrière sa tête, fut lancée par nappes de la tête aux pieds, pendant une minute environ, et le malade fut aussitôt et tout doucement replacé dans son lit modérément réchauffé. Une serviette très-chaude fut mise sur le cœur, tandis qu'on frictionnait les quatre membres sous les couvertures, tantôt avec les mains et tantôt avec des bouchons de liége ou de flanelle. La coloration de la peau, la chaleur et la grande circulation se relevèrent bientôt successivement, une moiteur douce s'établit, et le malade guérit. »

Le lavage, pendant une minute, avec une éponge trempée dans l'eau froide, a moins de pouvoir que les affusions, mais peut avoir son avantage, surtout si l'on plonge les éponges dans de l'eau vinaigrée.

Il est des sujets (rubéoleux, scarlatineux et cholériques) qui ont dû leur salut à l'emploi alternatif des affusions froides instantanées et des frictions avec des éponges ou des bouchons de linge ou de flanelle trempés dans du vinaigre chaud pur ou coupé.

Ces affusions froides, employées assez souvent par M. Récamier dans les cas désespérés, nous rappellent cette sentence du vénérable Hufeland : *Si le malade est en danger de mort, risque tout pour le sauver, même ta réputation.* Et cette autre : *En général, ne songe jamais à toi, mais pense uniquement aux malades.* Car il est inutile de le dire, les insuccès sont fréquents par cette méthode dans le choléra comme dans les autres maladies, et alors le médecin passe souvent pour avoir tué son malade.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 18 JUIN.

Présence du sucre dans le blanc d'œuf. — M. Pelouze communique, au nom de M. Bareswil, une note intitulée : *Faits divers de chimie appliquée à la physiologie.*

Cette note a été rédigée spécialement, et plus tôt qu'elle ne l'aurait été sans cela, pour revendiquer la priorité de la découverte du sucre qu'on paraît avoir faite depuis un mois en Allemagne, tandis que M. Bareswil a constaté le fait il y a un an, ainsi que peuvent le témoigner MM. Dumas et Thénard. Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a du sucre dans le blanc d'œuf de poule.

2° Le blanc d'œuf est alcalin, et l'alcalinité en est due au carbonate de soude.

3° Le jaune d'œuf ne renferme pas ou ne renferme que peu d'alcali ; sa propriété émulsive, en tous cas, appartient, non à l'alcali, mais à un produit analogue à celui du suc pancréatique.

4° Le jaune d'œuf n'est pas acide, et il ne le devient que par suite d'une altération.

Par digression au sujet principal de sa note, l'auteur ajoute la conclusion suivante :

5° La réaction acide et les propriétés du suc gastrique sont dues aux acides organiques et non à l'acide chlorhydrique.

SÉANCE DU 25 JUIN.

Influence de la nature géologique du sol sur le choléra. — M. Nérée Boubée lit un mémoire sur la marche géologique du choléra, ou plus généralement sur les conditions géologiques propres à écarter ou à favoriser les maladies endémiques et épidémiques.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

La nature géologique du sol exerce une influence incontestable sur la constitution médicale de chaque lieu.

La nature chimique de l'eau et celle des exhalaisons de la terre qui dépendent de la constitution géologique du lieu paraissent entrer pour beaucoup dans cette influence du sol sur la santé des hommes, des animaux et des plantes qui l'habitent.

A chaque nature du sol correspondent des propriétés médicales différentes, et une aptitude spéciale à favoriser le développement de telle ou telle affection morbide.

Quant au choléra en particulier, il se développe d'une manière très-constante sur les points occupés par des terrains tertiaires et d'alluvion, ou même d'une manière plus générale là où règnent des roches ou des ter-

rains meubles, friables, absorbants, susceptibles de s'imbiber d'eau pendant les pluies et de fournir pendant les temps chauds ou secs une évaporation et une exhalaison du sol abondantes et soutenues. Il déserte au contraire rapidement les lieux occupés par des terrains anciens, par des roches dures, inabsorbantes ; ceux, en un mot, qui, même occupés par des terrains meubles ou récents ne peuvent pas donner naissance à d'abondantes exhalaisons du sol.

Par conséquent, toute mesure, toute circonstance naturelle ou artificielle qui tend à diminuer l'imbibition et l'évaporation du sol, doit être recherchée par-dessus tout comme propre à diminuer l'intensité de l'épidémie.

Et d'un autre côté, pour se garantir infailliblement de l'atteinte du fléau, il n'y a aucun moyen plus assuré que de se porter et de s'établir pendant toute la durée de l'épidémie sur un point qui, par sa constitution géologique, en doive être le plus sûrement préservé. J'ai indiqué plusieurs de ces lieux d'une manière générale ; mais il en est une foule d'autres sur lesquels une étude expresse du sol serait nécessaire pour avoir une indication précise et complétement motivée.

Tout géologue, en suivant les principes que je viens d'établir, pourra sans peine arriver à ce résultat.

Propriétés vitales du système musculaire. — L'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité. — M. Duchenne (de Boulogne) adresse un travail ayant pour titre : *Recherches faites à l'aide du galvanisme sur les propriétés vitales ou système musculaire dans l'état de santé et de maladie.*

Il résulte des observations et des considérations exposées dans ce travail :

1° Que les phénomènes de contractilité musculaire observés dans les paralysies à l'aide du galvanisme sont dus à un trouble apporté dans l'état de l'irritabilité ;

2° Que ce trouble dépend d'une lésion dynamique et non d'un changement de conductibilité du tissu musculaire ;

3° Que l'absence ou la diminution de l'irritabilité peut coïncider tantôt avec la paralysie des mouvements volontaires, tantôt seulement avec la diminution de la force musculaire ;

4° Que cette lésion dynamique n'est pas toujours le résultat de la lésion anatomique des centres nerveux ou des nerfs qui en émanent ;

5° Que sous l'influence de certains traitements on voit reparaître dans toute leur intégrité les mouvements volontaires, la force et la nutrition musculaires, bien que l'irritabilité ait complétement disparu ;

6° Enfin, que la proposition qui est le but principal du présent mé-

moire se trouve rigoureusement démontrée, à savoir : que l'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité.

Action physiologique de l'acide cyanhydrique. — M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un travail sur l'action physiologique de l'acide cyanhydrique.

L'auteur est porté à déduire des nombreuses expériences qu'il a entreprises que l'acide cyanhydrique agit primitivement et essentiellement sur le système circulatoire, qu'il détermine dans les artères et dans le cœur une astriction capable d'amener la suspension de la circulation, puis la mort apparente et bientôt la mort réelle.

Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'acide cyanhydrique n'exerce point une action directe spéciale sur le système nerveux ni sur les centres nerveux.

2° Son action, même dans les cas où l'empoisonnement est très-rapide, porte plus spécialement sur l'appareil de la circulation.

3° La mort arrive par la suspension des mouvements de contraction du cœur et par l'astriction des dernières divisions artérielles, d'où résultent la plénitude des gros troncs artériels et la stase sanguine.

4° Les convulsions produites par cet empoisonnement résultent du défaut de l'abord du sang vers la moelle épinière.

5° Les contractions fibrillaires des muscles, ainsi que le mouvement vermiculaire des intestins, sont dus à la présence d'une certaine quantité d'acide dans le sang qui pénètre ces organes. Le phénomène ne se manifeste jamais quand on lie préalablement les artères qui se rendent à ces organes.

6° Les fibres musculaires ont une vitalité qui survit pendant quelque temps à l'arrêt absolu de la circulation et de la respiration, ainsi qu'à la destruction des nerfs et de la moelle.

7° Sous le rapport thérapeutique, l'acide cyanhydrique peut arrêter très-rapidement les hémorrhagies, donner de la tonicité dans les cas d'anémie, et provoquer des contractions utérines dans les cas d'accouchement.

M. Beauregard adresse un mémoire sur la nature et le traitement du choléra. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine du 23 juin.)

Développement de l'électricité par la contraction musculaire. — M. Despretz communique une lettre de M. Matteucci qui lui annonce qu'en voulant répéter les expériences de M. Dubois-Reimond, il est arrivé aussi à des résultats négatifs. M. Matteucci a répété d'abord l'expérience telle qu'elle a été indiquée par M. Dubois-Reimond. Le résultat a été qu'à chaque contraction il y a eu des mouvements dans l'aiguille, mais qui n'étaient pas proportionnels à l'effort musculaire et dont le sens n'était pas constant. M. Matteucci a aussi essayé de répéter l'ex-

périence en se servant, au lieu du galvanomètre, de la grenouille galvanoscopique ; il est arrivé, comme M. Despretz, à des résultats absolument négatifs. D'où l'auteur conclut que les expériences citées ne sont point une preuve du développement de l'électricité par la contraction musculaire.

SÉANCE DU 2 JUILLET.

Influence volontaire de la contraction musculaire sur l'électromagnétisme. — M. de Humboldt adresse sur ce sujet à M. Arago une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

« Ni les plaisanteries des rédacteurs de certains journaux sur la crédulité allemande, ni les résultats obtenus jusqu'ici par deux physiciens, habiles expérimentateurs, n'ont pu ébranler mes convictions à l'égard de l'influence volontaire de l'action musculaire sur le mouvement et la direction de l'aiguille astatique du galvanomètre. Nous venons d'avoir une nouvelle séance dans le cabinet de M. Émile Dubois-Reimond. J'ai invité à cette séance M. Mitscherlich, notre ami commun, dont on connaît la grande habitude de manier les instruments d'optique et de physique en général. M. Mitscherlich a obtenu ce que M. Dubois a découvert, ce que depuis des années plus de trente personnes, occupées de recherches physiques ou physiologiques, ont essayé ici sur elles-mêmes. En donnant de la tension aux muscles du *bras gauche*, l'aiguille a été mise instantanément en action par M. Mitscherlich et dans le sens où M. Dubois l'avait prédit, de manière à indiquer un courant de la main à l'épaule dans le bras contracté. En roidissant son *bras droit*, M. Mitscherlich a vu l'aiguille se mouvoir dans le sens opposé, mais à un moins grand nombre de degrés, parce que l'intensité du courant, développé par le mouvement musculaire, n'est pas toujours le même dans les deux bras. M. Mitscherlich, quelques jours plus tard, a encore répété l'expérience seul avec M. Dubois. Il m'a permis de citer son témoignage dans ces lignes. Occupé moi-même, depuis d'un plus demi-siècle, de ce genre de recherches physiologiques, cette découverte a un vif intérêt pour moi ; c'est un phénomène de la vie rendu sensible par un instrument de physique. »

Expériences sur les courants électro-physiologiques chez l'homme et les animaux. — M. Ducros communique la relation d'expériences desquelles il résulte, suivant lui, que la douleur, les pincements, les piqûres, en un mot tout ce qui active l'excitation vitale, « réagissent à distance du point où on les exerce sur l'aiguille du galvanomètre.

« Les conducteurs du galvanomètre étant placés, l'un à la nuque, l'autre au front, l'aiguille astatique a marqué 40 degrés du galvanomètre. Elle était dans le repos lorsque j'ai fortement pincé la cuisse. Sous l'em-

pire de la douleur, l'aiguille a marqué 80 degrés avec une grande vitesse. Cette expérience, répétée plusieurs fois, a constamment réussi. Faite sur d'autres parties du corps, elle a présenté un résultat analogue.

« Au lieu de pincer, j'ai piqué avec des aiguilles sur des régions éloignées des points où les conducteurs du galvanomètre se trouvaient placés : dans ce cas encore les piqûres ont réagi sur l'aiguille astatique. »

SÉANCE DU 9 JUILLET.

Du quinquina comme moyen prophylactique du choléra. — M. Duchesne-Duparc lit un travail sur l'utilité du quinquina comme moyen prophylactique du choléra. La préparation que M. Duchesne préfère est le sulfate de quinine, en raison de son énergie et de sa facile administration. A la forme pilulaire, adoptée par Alibert, il a substitué la formule suivante :

Prenez :	Café à l'eau.	100 grammes.
	Sulfate de quinine. . . .	1 —
	Eau de Rabel	0,75 centigr.
	Sucre.	q. s.

Cette potion, donnée par cuillerée à bouche à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la gravité des cas, une boisson acidule ou légèrement aromatique, la glace, des quarts de lavement d'eau de son, de pavot et d'amidon, tel a été, avec des frictions stimulantes ou des cataplasmes sinapisés, le traitement anticholérique employé par l'auteur.

Quant aux facultés prophylactiques que M. Duchesne-Duparc attribue au sulfate de quinine, d'accord avec M. le docteur Coster et beaucoup d'autres médecins, elles ressortent pour lui de ce fait, qu'aucune des personnes qui ont fait de la potion au café et quinquina un usage quotidien ou répété chaque fois qu'elles éprouvent un léger trouble des fonctions digestives, n'a été atteinte de choléra.

L'impression des médicaments et la sensibilité animale sont transmises à l'axe cérébro-spinal sous l'influence de courants électro-magnétiques rendus appréciables par la déviation instantanée de l'aiguille du galvanomètre au moyen des poignets de conducteurs placés, l'un au front et l'autre à la nuque.

Tel est le titre d'un mémoire présenté à l'Académie par M. Ducros, mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Les poignets des conducteurs du galvanomètre, mis, l'un à la nuque et l'autre au front, permettent une déviation de l'aiguille presque instantanée à la suite des picotements, des frictions, des pincements, soit sur les jambes, soit sur les bras.

2° Chez les individus mélancoliques, frappés d'*analgie* ou d'absence

de douleur, les pincements, les picotements, les frictions, n'amènent pas de réaction ou très-peu de réaction sur l'aiguille astatique.

3° L'impression médicamenteuse se traduit très-souvent par une déviation presque instantanée de l'aiguille astatique dans l'emploi des substances à odeur très-forte et à saveur très-prononcée.

4° Le camphre, l'assa-fœtida, la poudre de valériane, la céruse, la poudre de tabac, l'ammoniaque, etc., etc., amènent instantanément des déviations plus ou moins prononcées de l'aiguille astatique par leur odeur.

5° La brucine, la strychnine, l'éther sulfurique, le sulfate de quinine, mis sur la langue, déterminent soudain une déviation de l'aiguille.

6° L'essence de menthe, l'essence de laurier-cerise, frappent agréablement l'odorat, et font dévier brusquement l'aiguille du galvanomètre.

7° Les huiles essentielles énervantes de pétiole, de valériane, l'huile empyreumatique, font rétrograder l'aiguille du galvanomètre et la font revenir à zéro.

8° L'énervement produit par l'aspiration nasale de ces dernières huiles essentielles est tel, qu'après en avoir usé, les frottements, les pincements, les frictions ne peuvent pas plus amener de réaction sur l'aiguille astatique que dans l'analgie ou absence de la douleur chez les mélancoliques.

SÉANCE DU 16 JUILLET.

Action de diverses substances injectées dans les artères.—M. Flourens lit sur ce sujet une nouvelle note dont nous extrayons les passages suivants :

On a vu, par les expériences que j'ai précédemment communiquées à l'Académie ,que ces diverses substances injectées dans les artères, les unes abolissent la sensibilité sans abolir la motricité, et les autres la motricité sans abolir la sensibilité.

Ainsi, par exemple, quand on injecte dans une artère un éther, un acide, de l'alcool, de l'ammoniaque, etc., le nerf perd la motricité et conserve la sensibilité, et quand on injecte une poudre mêlée à l'eau, de la poudre de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, etc.,le nerf perd au contraire la sensibilité et conserve la motricité.

On a vu, de plus, que de ces diverses substances qui toutes produisent la paralysie musculaire, la paralysie du membre dans l'artère duquel on les injecte, les unes produisent cette paralysie avec relâchement des muscles, et les autres au contraire avec rigidité, tension, roideur tétanique de ces mêmes muscles.

Les substances qui produisent la paralysie avec relâchement des muscles sont les poudres de réglisse, de poivre, de ciguë, de chêne, de belladone, etc., les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, etc.

Parmi les substances qui produisent la paralysie du membre avec tension, roideur tétanique des muscles, j'ai déjà cité l'essence da térébenthine ; j'aurais pu citer, dès lors même, l'essence de bergamote, car l'expérience était déjà faite. M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, a cité depuis le chloroforme. A tout cela j'ajoute aujourd'hui les essences de girofle, de fenouil, de menthe et de romarin. Toutes ces nouvelles essences agissent comme l'essence de térébenthine et le chloroforme.

Il résulte de ces nouvelles expériences que des effets différents ont été produits par l'injection de ces diverses substances, les unes agissant sur la *motricité*, et les autres sur la *sensibilité ;* toutes produisant la paralysie musculaire, la paralysie des membres, mais les unes produisant cette paralysie avec *relâchement*, et les autres avec *tension, roideur tétanique* des muscles.

On peut donc faire de ces substances quatre classes distinctes.

Il y a les substances qui agissent sur la *motricité*, celles qui agissent sur la *sensibilité*, celles qui produisent la paralysie musculaire avec *relâchement*, et celles qui la produisent avec *tension*.

Les substances de la première classe, ou qui agissent sur la *sensibilité*, qui l'abolissent, sont : les poudres de *réglisse*, *lycopode*, *chêne*, *ciguë*, *valériane*, *poivre*, *belladone*, l'*huile de naphte*, etc.

Les substances de la seconde classe, ou qui agissent sur la *motricité*, qui l'abolissent, sont : les éthers *sulfurique*, *acétique*, *oxalique*, l'*alcool*, l'*acide sulfurique*, le *camphre* dissous dans l'alcool, le *chloroforme*, les essences de *térébenthine*, *bergamote*, *girofle*, *menthe*, *romarin*, *fenouil*, etc.

La troisième classe, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, comprend : les éthers sulfurique, acétique, oxalique, l'alcool, l'acide sulfurique, l'ammoniaque, le camphre, etc. ; les poudres de réglisse, de chêne, lycopode, etc., l'huile de naphte, etc.

Et la quatrième, ou celle des substances qui produisent la paralysie musculaire avec *roideur tétanique*, avec *tension*, comprend : le chloroforme et les essences de térébenthine, de bergamote, de girofle, de menthe, de romarin, de fenouil, etc.

Tels sont les faits que m'ont donné ces expériences.

Quelle peut être la cause de ces faits ? pourquoi certaines substances agissent-elles sur la motricité et les autres sur la sensibilité ? Pourquoi les unes produisent-elles la paralysie musculaire avec *relâchement* et les autres avec *tension ?* Pourquoi, relativement aux *nerfs*, l'huile de naphte agit-elle comme les poudres, et le camphre comme les éthers ? Pourquoi, relativement aux muscles le chloroforme agit-il comme les essences et l'éther, les éthers comme les poudres ? Toutes ces questions

qu'on pourrait multiplier encore, ne montrent qu'une chose, l'impuissance où l'on est pour les résoudre.

M. Flourens, en terminant, appelle l'attention des physiologistes sur cette circonstance : c'est que tandis que, parmi les substances qui produisent la paralysie musculaire avec relâchement, il en est qui agissent sur la sensibilité, sur les racines postérieures, sur les filets sensoriaux des nerfs, et d'autres sur la motricité, sur les racines antérieures, sur les filets moteurs des nerfs, toutes celles qui produisent la paralysie musculaire avec *tétanos*, *tension*, agissent toujours, primitivement du moins, sur la motricité, sur les racines antérieures des nerfs, sur leurs filets moteurs.

SÉANCE DU 23 JUILLET.

Injection microscopique des tubes primitifs des nerfs. — MM. Coze, professeur, et Michel, chef des travaux anatomiques à la Faculte de médecine de Strasbourg, adressent la lettre suivante :

« Jusqu'à ce jour, on n'est point parvenu à injecter les tubes primitifs de la substance nerveuse ; des micrographes célèbres refusent même aux nerfs une structure tubuleuse ; nous avons complétement réussi à les injecter par le procédé suivant :

« Nous étalons sur une lame de verre un bout de nerf d'homme, de lapin ou de grenouille, long d'un millimètre environ, de façon que, vus avec un grossissement de 350 à 400 fois, les tubes nerveux paraissent nettement séparés. On mouille l'objet avec une goutte d'eau pendant qu'on l'étend ; puis on verse quelques gouttes de chloroforme, d'éther ou d'essence de térébenthine sur la préparation, et le tout est recouvert d'une petite plaque de verre mince, sans pression, et on le soumet à l'appareil du microscope.

« Alors on voit, quelquefois instantanément, tantôt après un temps plus ou moins long, au plus vingt minutes, les tubes primitifs se gonfler, la matière contenue dans leur intérieur devient fluide, et des courants plus ou moins rapides se développent dans toute la longueur des tubes, à l'extrémité desquels on voit s'échapper aussitôt de la manière la plus nette un liquide chargé de gouttelettes graisseuses. Ces courants peuvent durer un temps variable ; on les voit cesser pour se reproduire. Enfin, si l'on continue l'expérience, les tubes se vident plus ou moins complétement, et deux lignes obscures accusent les contours du tube nerveux.

« Nous croyons avoir mis hors de doute, par ce fait, la disposition tubuleuse des nerfs et l'indépendance de ces tubes les uns à l'égard des autres dans les plexus et dans les anastomoses.

« Nous ajouterons, pour compléter le mode opératoire, qu'il nous est

arrivé plusieurs fois de remettre de l'éther, ou du chloroforme, ou de l'essence de térébenthine, en ayant soin de soulever la plaque de verre mince avec précaution ; que dans quelques rares exceptions, nous avons échoué, ce que nous attribuons au mode vicieux de préparation de l'objet ; que l'injection peut se faire dans les nerfs d'un animal tué récemment ou vingt-quatre heures et plus après la mort. »

SÉANCE DU 30 JUILLET.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 19 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. Baubil (de Narbonne) signale à l'Académie les résultats heureux qu'il a obtenus dans le temps, à l'aide de l'ipécacuanha. Pendant que le choléra sévissait à Narbonne, en 1835, la mortalité, dit M. Baubil, était affreuse, malgré tous les moyens qu'on lui opposait. Vers la fin de l'épidémie, la mortalité devint presque nulle. L'auteur attribue ce dernier résultat en grande partie à l'emploi qui fut fait alors de l'ipécacuanha.

M. Le Petit (de Poitiers), envoie un supplément à son mémoire sur l'emploi du phosphore dans le choléra. Dans cette nouvelle note, l'auteur signale quelques nouveaux faits qui lui paraissent prouver que le choléra est une maladie nerveuse produite par la diminution du fluide électrique dans l'atmosphère. Il trace un parallèle entre le phosphore et le fluide électrique, et fait ressortir l'avantage des inhalations pulmonaires pour obtenir une électrisation artificielle.

M. Delfrayssé (de Cahors) soumet à l'Académie l'appréciation d'un moyen préservatif ; ce moyen est l'emploi du sulfate de quinine pendant six à huit jours, à petites doses.

M. Letellier, à Saint-Leu-Taverny, rappelle qu'en 1832 il a déjà préconisé comme un moyen de combattre l'épidémie du choléra, la combustion de bois résineux dans les rues. Cette pratique, suivie d'après son conseil, a eu pour résultat la cessation immédiate de l'épidémie.

M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, adresse, pour être communiquées à l'Académie, quelques réflexions sur la valeur qu'on peut accorder aux prétendus spécifiques contre le choléra, appuyées par un état comparatif de la mortalité qui sévit aux hôpitaux de Paris avec celle des départements où l'épidémie règne plus spécialement. Il résulte de la statistique dressée par l'auteur, que la mortalité, qui a été à Paris de 1 sur 1,92 ou 53 pour 100, a été en province, où les conditions

hygiéniques semblaient devoir exercer une influence salutaire, de 1 sur 1,95 ou 51 pour 100 ; d'où il conclut qu'aucune médication employée ne peut mériter la préférence sur les autres.

M. Delacroix, professeur à l'École de médecine de Besançon, soumet à l'Académie la réflexion suivante : « Je ne vois nulle part que le phosphore, cet excitant si énergique de l'innervation, ait été employé dans la période algide du choléra. Tant qu'un praticien habile et prudent n'aura pas essayé l'emploi de la teinture éthérée de phosphore, je resterai persuadé qu'il est possible de tirer quelque parti de ce médicament. »

M. Conté de Lévignac communique la relation détaillée de la méthode de traitement qu'il emploie dans le choléra.

M. Burg adresse quelques explications nouvelles sur l'emploi des armatures métalliques comme moyen de faire cesser les crampes.

M. Wanner dit avoir retiré de grands avantages, dans les cas de choléra les plus graves, de l'emploi de l'onguent mercuriel double par la méthode endermique, au moyen d'un large vésicatoire ammoniacal.

M. A. Legrand annonce que, dès 1832, il a remarqué, chez les nombreux individus qui avaient succombé, une espèce d'ecchymose, de tache noirâtre et de forme irrégulière, occupant la partie inférieure de la sclérotique et contournant à peu près cette même portion de la cornée transparente. Il a retrouvé constamment ce phénomène dans l'épidémie actuelle. Il pense que c'est là un signe qui peut fournir au médecin vérificateur des décès un moyen certain de diagnostiquer la maladie cause de la mort.

M. H. Gaultier de Claubry a la parole pour un rapport officiel. Ce rapport a trait à des remèdes secrets proposés contre le choléra. Les conclusions de ce rapport sont qu'il n'y a pas lieu d'accorder aux demandeurs le bénéfice qu'ils réclament. Ces conclusions sont adoptées.

Influence de l'accouchement sur le choléra. — M. Devilliers fils lit un travail ayant pour titre : *Observation sur un accouchement provoqué chez une femme atteinte de choléra. Quelques considérations relatives à l'influence réciproque de l'accouchement et du choléra.*

La personne qui fait l'objet de cette observation avait déjà eu deux accouchements à terme normal. Pendant les derniers mois de la seconde grossesse apparurent les symptômes d'une phthisie commençante. Ces symptômes s'exaltèrent sous l'influence de la troisième grossesse et prirent une marche aiguë vers sept mois et demi. Ils furent tout à coup arrêtés par l'apparition du choléra. Les phénomènes cholériques à leur tour semblèrent enrayés par le fait du travail de l'accouchement, auquel la nature employa le peu de force qui lui restait. En effet, ils ne reprirent leur cours que d'une manière incomplète ; les vomissements et les garde-robes ne reparurent plus avec leur fréquence et leur caractère

particulier. L'auteur ne put, dit-il, se refuser à admettre que les modifications apportées par l'accouchement dans l'organisme n'avaient pas été étrangères à l'amendement qui se remarqua dès le lendemain dans la marche des symptômes du choléra. La réaction qui se manifesta bientôt se porta tout entière sur l'utérus et le péritoine, et il fut curieux de voir cet effort exagéré de la nature se diriger plutôt vers ces organes que vers le poumon déjà malade. Enfin la phthisie reprit sa place dans l'ordre des phénomènes pathologiques et mit un terme aux souffrances de la malade.

Pour compléter ce qui a trait à cette observation, nous devons ajouter que peu de temps après l'invasion des symptômes cholériques, M. Devilliers ayant reconnu un commencement de travail, procéda à l'extraction du fœtus par la version. Voici sur quels motifs il justifie cette conduite :

La mère était dans un état de faiblesse si profond qu'on ne pouvait plus compter sur ses forces ; l'enfant vivait encore et il restait pour lui une chance de salut. Il existait d'ailleurs quelques indices de contractions utérines. Dans ces circonstances urgentes, M. Devilliers crut devoir déterminer par tous les moyens en son pouvoir le développement du travail et en hâter la terminaison. Il ajoute qu'il fut dirigé encore par cette considération, que si la grossesse a le triste privilége d'être la cause de l'apparition ou de l'aggravation de certaines maladies mortelles, il faut bien reconnaître aussi que parfois la parturition peut apporter, même dès son début, des modifications tellement soudaines et tellement profondes dans l'organismes, qu'elle fasse cesser la gravité de ces mêmes affections, améliore leur marche ou procure leur guérison.

L'auteur se pose ensuite cette question : Le choléra ne pourrait-il pas, ainsi que d'autres affections aiguës intercurrentes, au sujet desquelles aucune règle n'a pu être fixée jusqu'à ce jour à cet égard, être heureusement influencé par la déplétion, soit naturelle, soit artificielle de l'utérus ? Il incline à le croire, et à l'appui de son opinion, il rapporte l'exposé sommaire de quelques faits empruntés à la pratique de divers médecins, faits desquels ressort non-seulement l'influence que l'accouchement peut exercer sur la marche du choléra, mais celle que le choléra peut à son tour exercer sur la marche du travail.

SÉANCE DU 26 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Indépendance des fièvres intermittentes et du choléra. — M. Maslieurat-Lagémard informe l'Académie que pendant l'été de 1848, dans le département de la Creuse, il a y eu une quantité considérable de fièvres intermittentes dont un assez grand nombre a pris le caractère de fièvres pernicieuses. Elles commencent déjà à apparaître de nouveau cette an-

née. M. Maslieurat pense que les contrées soumises à ces fièvres ne sont pas plus exposées que d'autres à voir se développer le choléra. Il se fonde sur ce fait que, sur un grand nombre de maçons de la Creuse venant de Paris, où ils avaient subi les influences de l'épidémie qui y règne, aucun n'a eu le choléra. M. Maslieurat n'a même pas remarqué que ni eux ni les personnes avec lesquelles ils ont été immédiatement en rapport, aient eu le plus léger dérangement intestinal.

Suette miliaire. — M. A. Foucart adresse la lettre suivante :

« Envoyé le 27 mai dernier, par M. le ministre du commerce, dans le département de la Somme (arrondissement de Péronne) pour observer une épidémie de *suette miliaire* qui sévissait dans cette contrée, je me suis empressé, à mon retour, d'adresser au ministre un rapport officiel contenant les résultats de ma mission.

« En attendant que je puisse soumettre à l'Académie le travail étendu que je m'occupe à rédiger, sur l'épidémie au milieu de laquelle je me suis trouvé, permettez-moi de vous envoyer, et pour prendre date, les conclusions suivantes, dans lesquelles je me suis efforcé de renfermer d'une manière succincte, mais complète, les résultats de mon observation :

« 1° La *suette miliaire* est une affection le plus ordinairement bénigne, et qui ne devient mortelle que lorsqu'elle est traitée contrairement aux préceptes de l'art et de la logique.

« 2° L'expérience et l'observation n'ont pu démontrer encore d'une manière positive qu'elle fût transmissible par voie de contagion ou d'infection.

« 3° Elle survient le plus souvent sans cause appréciable. Les émotions morales vives, la frayeur en particulier, semblent souvent la cause déterminante.

« 4° Elle est de nature septique ou toxhémique, comme les fièvres éruptives, les typhus, et présente à considérer trois groupes de phénomènes distincts, qui se relient les uns aux autres par les connexions les plus étroites :

« *a*. Phénomènes de septicité ;

« *b*. Phénomènes gastriques ;

« *c*. Phénomènes nerveux.

« *a*. Phénomènes de septicité, se traduisant, entre autres caractères, par : le mode d'invasion, l'état du sang, la rapidité de la putréfaction après la mort.

b. Phénomènes gastriques, état saburral constant, non inflammatoire, des voies digestives.

c. Phénomènes nerveux dépendant essentiellement des deux précédents, et constituant le danger presque unique de la maladie.

« 5° La nature entière de la maladie est démontrée et par sa symptomatologie, et surtout par les résultats si différents des diverses médications que l'on a tour à tour conseillées contre elle.

« 6° Le traitement de la *suette* doit être dirigé contre la nature même de la maladie, et secondairement seulement contre chacun de ses symptômes.

« 7° Il doit consister dans :

« *a.* L'emploi des couvertures légères, une ou deux au plus ;

« *b.* Les boissons *froides*, en très-petite quantité à la fois, et souvent répétées ;

« *c.* Les vomitifs, administrés et comme évacuants des premières voies, et comme agents perturbateurs de l'économie (l'ipécacuanha est le seul vomitif qui doive être employé dans cette circonstance) ;

« *d.* Les purgatifs salins, destinés à combattre la constipation, constante dans cette affection ;

« *e.* Les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal, dans le cas de suffocation ;

« *f.* Une diète sévère pendant la maladie ; une alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence.

« 8° Dans le traitement de la *suette miliaire*, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes, les émissions sanguines, sont toujours nuisibles, *souvent mortelles*.

« Chaque épidémie ayant son génie particulier, il est bien entendu que les réflexions précédentes s'appliquent surtout, dans toute leur rigueur, à l'épidémie du département de la Somme en 1849, bien que tout me porte à croire, d'après les descriptions des auteurs, que ces généralités sont applicables à toutes les épidémies de suette qui ont été observées jusqu'à ce jour. C'est ce qui ressortira de la discussion à laquelle je me livrerai dans mon travail. »

Polype de l'utérus sorti à travers la paroi abdominale. — M. Velpeau présente, au nom de M. Loir, un travail imprimé relatif à un cas de polype de l'utérus qui s'est fait jour à travers les parois antérieures de l'abdomen, fait à peu près unique dans la science.

M. Roux pense que le polype a dû avoir sa racine dans l'épaisseur des parois utérines, et non dans la cavité même de l'utérus.

M. Huguier donne sur ce fait, dont il a été témoin, quelques renseignements desquels il résulte qu'il s'agissait plutôt d'une hypertrophie des parois utérines que d'un véritable polype, ce qui ôterait à ce fait quelque peu de son merveilleux.

M. le président prévient l'Académie qu'elle aura à se former en comité secret à quatre heures, pour entendre le rapport de la section de

médecine opératoire pour le classement des candidats à la place actuellement vacante dans son sein.

Je dois encore prévenir l'Académie, ajoute M. le président, que le conseil d'administration a cru devoir proposer, dans l'intérêt des personnes étrangères à l'Académie, d'accorder à l'avenir un quart d'heure, dans chaque séance, pour les lectures.

Après une assez longue discussion, l'Académie décide, sur la proposition du conseil, qu'à l'avenir un quart d'heure sera consacré, à chaque séance, aux lectures des médecins étrangers à l'Académie, et que, pour faciliter l'exécution de cette nouvelle disposition, la lecture de la correspondance aura lieu à la fin de la séance.

Éléments physiologiques du pouls. — M. le docteur Robert Latour lit un travail ayant pour titre : *Des éléments physiologiques du pouls.*

L'auteur a cherché, dans ce travail, à saisir le lien, à surprendre la filiation des phénomènes auxquels ressortit la pulsation artérielle; « réduisant à de simples problèmes d'hydraulique animale, dit l'auteur, les nombreuses variétés dont peut être l'objet cette pulsation, j'ai tenté d'inscrire dans la science des principes sous lesquels vinssent naturellement se coordonner tous les faits qui ne pouvaient être ni mentionnés ni prévus. Ainsi, fluide sanguin, organes circulatoires, action nerveuse, chaleur animale, respiration, tels sont les cinq éléments auxquels j'ai rapporté le pouls, éléments absolus en dehors desquels je n'ai trouvé place pour aucune nuance, et qui, variables à l'infini, chacun dans sa propre valeur, dans sa part d'influence, sont ici pour l'expression pathologique, ce que, dans leurs combinaisons innombrables, sont pour la traduction du langage les lettres de l'alphabet. » (Commissaires: MM. Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Bérard.)

SÉANCE DU 3 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra chez une femme enceinte ; avortement. — M. le docteur A. Nicolas, à l'occasion de la communication faite dans la séance du 19 du courant, par M. Devilliers fils, relativement à un cas de choléra survenu chez une femme enceinte, soumet à l'Académie une observation du même genre, où il s'agit d'un cas de choléra grave survenu chez une dame grosse de cinq mois et demi.

Voici les conclusions que l'auteur déduit de ce travail :

1° Le choléra a déterminé l'avortement ;

2° L'avortement a fait périr l'enfant ;

3° La grossesse ne préserve pas du choléra ;

3° *bis* Les femmes en couches n'en sont pas davantage garanties ;

4° Le travail de l'enfantement ne peut pas guérir du choléra ;

5° L'opium peut être employé à haute dose sans occasionner de narcotisme ;

6° Dans l'observation de la dame C..., l'opium n'a point agi sur la matrice ;

7° Il ne paraît pas avoir eu d'action sur l'enfant ;

8° Le choléra n'est point contagieux ;

9° L'allaitement ne suffit pas pour le transmettre de la mère à l'enfant ;

10° D'après le cas actuel, il ne paraît pas devoir se propager de la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine.

SÉANCE DU 12 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Études chimiques et thérapeutiques sur la digitaline. — M. Quevenne lit le résumé d'un mémoire sur la digitale (par MM. Homolle et Quevenne). Ce travail se divise en deux parties. La première, presque uniquement chimique, contient l'histoire des divers principes retirés jusqu'à ce jour de la digitale ; le deuxième renferme les faits et observations du domaine de la physiologie et de la thérapeutique.

Voici les conclusions formulées par les auteurs pour les deux parties de leur travail :

I. Au point de vue chimique :

1° Nous avons obtenu la digitaline dans un état de pureté chimique plus parfait, qui nous a permis de mieux en étudier les propriétés.

2° Nous avons extrait trois autres principes de la digitale, ce sont : la digitalose, le digitalin et la digitalide. Ces corps peuvent présenter plus ou moins d'intérêt au point de vue chimique, mais ils en sont complétement dépourvus quant aux applications à la médecine, et nous ont paru ne contribuer en rien à l'action de la digitale, action qui est représentée tout entière par la digitaline.

II. Au point de vue pratique :

1° La digitaline était dépourvue de la propriété de cristalliser, et dès lors bien plus difficile à obtenir dans un état toujours le même, nous avons cru qu'il était indispensable d'avoir un moyen de s'assurer de son identité, et qu'il ne suffisait pas, pour avoir toute sécurité, de pratiquer l'extraction de ce principe suivant un procédé ponctuellement suivi et en opérant sur de grandes quantités, bien qu'il y ait cependant dans ces deux circonstances une garantie réelle ; nous avons eu recours à un moyen de contrôle qui consiste dans l'appréciation de l'intensité de la saveur amère par les dilutions progressives. On acquiert par cette méthode, employée suivant les règles et avec les soins que nous avons recommandés, un degré de certitude sur la fixité du produit, que nous nous croyons fondés à regarder comme suffisante :

2° La forme médicamenteuse qu'il nous a paru le plus convenable d'adopter pour la digitaline, au point de vue de la sûreté et de la commodité du dosage, de la bonne conservation du médicament comme de sa facile administration, est celle de petites dragées auxquelles nous avons donné le nom de *granules*. (Ce travail est renvoyé à une commission précédemment nommée pour le même objet.)

M. H. Gaultier de Claubry lit successivement quatre rapports sur des formules et des remèdes secrets sur lesquels le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie.

Les conclusions uniformes de ces quatre rapports sont qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables du décret de 1810. Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Mort apparente des nouveau-nés. — M. Capuron lit, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Moreau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sauvé, professeur d'accouchements à La Rochelle, intitulé : *Nouvelles recherches sur la mort apparente des nouveau-nés.* L'auteur se livre, dans ce mémoire, à une étude sérieuse de la mort apparente; il commence par démontrer que les dénominations d'asphyxie et d'apoplexie, par lesquelles on la désigne, sont complétement vicieuses. Il rapporte plusieurs faits pour démontrer que l'apoplexie des nouveau-nés est plus rare qu'on ne pense, et que les signes en sont trompeurs, et qu'ils appartiennent souvent à l'asphyxie. Il établit ensuite une division entre l'asphyxie intra-utérine et l'asphyxie extra-utérine, division qu'il prend pour base de sa théorie et de sa pratique dans les cas de mort apparente des nouveau-nés. Il a trouvé dans l'anatomie et la physiologie une multitude de faits et d'expériences qui prouvent, suivant lui, sans réplique, que la circulation du fœtus est indépendante de celle de la mère, et que le sang de l'un ne communique pas immédiatement avec celui de l'autre. Suivant lui, le placenta reçoit par endosmose l'oxygène des artères capillaires de l'utérus, pour se transmettre aux radicules de la veine ombilicale; réciproquement, les extrémités des artères ombilicales rendent par exosmose le carbone et l'hydrogène aux veines utérines, d'où il résulte que le placenta est un poumon supplémentaire où le sang du fœtus se vivifie et se dépure alternativement, comme celui de l'adulte dans le véritable poumon. Aussi l'auteur admet-il chez le fœtus une respiration intra-utérine analogue à la respiration des adultes, et par conséquent une asphyxie produite par la lesion de cette fonction, et semblable, à celle des adultes noyés et étranglés ou asphyxiés par la vapeur du charbon. Il donne le nom d'asphyxie extra-utérine à l'impossibilité ou à la difficulté de respirer qu'éprouve le fœtus lorsque, après sa sortie du sein de la mère, l'air ne peut pénétrer librement dans ses poumons. De là, un autre état de mort apparente produit par toutes les causes qui

peuvent obstruer les voies aériennes, telles que l'écume, les mucosités, les glaires de la bouche, etc.

Le docteur Sauvé, conformément à ces principes, divise le traitement de la mort apparente en trois parties, suivant qu'il s'agit de combattre l'asphyxie intra-utérine qui empêche la respiration fœtale, ou l'asphyxie extra-utérine qui gêne la respiration pulmonaire, ou l'insensibilité générale qui s'oppose aux fonctions vitales. Il pose pour première règle de ne jamais couper le cordon ombilical, qu'on y sente ou non du battement ; que l'enfant soit apoplectique ou asphyxié, à moins qu'une hémorrhagie ne menace les jours de la mère. Contre l'asphyxie extra-utérine, M. Sauvé conseille, outre les moyens ordinaires et déjà connus, le bain chaud à 30°, où il fait plonger l'enfant avec le cordon ombilical et le placenta. Si ces moyens sont inefficaces, il recommande d'abord l'aspiration des matières qui obstruent les voies aériennes ; puis il prescrit l'insufflation de l'air ou de l'oxygène préparé, etc. Enfin, dans les cas d'apparence de mort chez les nouveau-nés, il veut aussi qu'on ait recours aux excitants ou stimulants physiques et chimiques qu'il croit les plus capables de réveiller la sensibilité et de rappeler la vie. En résumé, l'auteur s'est attaché à prouver, dans ce mémoire, que la vie intra-utérine du fœtus n'est point entretenue par la circulation immédiate et directe de la mère, mais par l'oxygénation du sang dans le placenta, qui est le poumon physiologique ou supplémentaire de ce dernier ; en sorte qu'il existe une parfaite analogie entre la respiration intra-utérine du fœtus et la respiration extra-utérine de l'adulte ; analogie d'où il résulte que l'asphyxie ou mort apparente des nouveau-nés a la même cause que celle des noyés, et réclame les mêmes moyens curatifs.

M. le rapporteur, après avoir fait un grand éloge de ce travail, propose pour conclusions : 1° de l'envoyer au comité de publication ; 2° d'écrire une lettre de remercîment à l'auteur ; et 3° d'insérer honorablement son nom parmi ceux des aspirants au titre de correspondant de l'Académie.

SÉANCE DU 17 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce la nouvelle perte que l'Académie vient de faire de l'un de ses correspondants les plus actifs et les plus zélés, M. le docteur Ravin (de Saint-Valery), qui, dans la dernière séance encore, avait envoyé une suite à ses nombreuses et intéressantes communications sur le choléra. M. Ravin a été enlevé d'une manière violente par un accident de voyage.

Rapport sur les épidémies de 1847. — M. Gaultier de Claubry lit, au

nom de la commission permanente des épidémies, la relation suivante sur les épidémies de 1847 :

Lorsqu'à la fin de l'année dernière, votre commission des épidémies a eu l'honneur de vous présenter par mon organe son grand rapport sur les épidémies de 1841 à 1846, vous aurez sans doute été frappés, comme elle l'a été elle-même, d'un fait d'une haute importance, à savoir que l'affection principale, celle qui se distingue entre toutes les autres par sa fréquence, par le grand nombre des points du territoire sur lesquels elle se manifeste et par celui des objets qu'elle atteint, est l'affection typhoïde. En effet, vous pouvez vous souvenir que, dans cette période de six années, sur deux cent deux rapports qui vous ont été adressés, cent vingt-deux avaient pour sujet une épidémie de fièvres typhoïdes.

Eh bien ! ce fait principal se rencontre également dans les épidémies de 1847. Sur trente et un rapports que cette épidémie a fournis, vingt et un ou les deux tiers sont relatifs à des épidémies de fièvres typhoïdes, tandis que les dix autres se partagent entre la fièvre bilieuse, la suette miliaire, les fièvres intermittentes, l'angine de nature couenneuse, la scarlatine, la grippe et des affections diverses.

Les vingt et une épidémies de fièvres typhoïdes ont été observées dans neuf départements, de la manière suivante : sept dans la Côte-d'Or, cinq dans la Moselle, trois dans le Jura, et les six dernières dans l'Aisne, le Loiret, la Manche, la Mayenne, la Nièvre et la Seine-Inférieure.

Le nombre des malades, relevé d'après les rapports des médecins des épidémies, a été de douze cent quarante-deux, sur lesquels il en est mort deux cent dix, ou plus du sixième.

Sur 905 cas où le sexe est indiqué, on compte quatre cent vingt et un hommes et quatre cent quatre vingt-quatre femmes, le sexe féminin fournissant toujours plus de malades que l'autre sexe.

Sur onze cent dix malades des deux sexes dont l'âge est indiqué, neuf cent cinq avaient plus de 15 ans et quelques-uns dépassaient 60 ans ; deux cent cinq étaient au-dessous de 15 ans.

Sur cent soixante-deux morts dont on a fait connaître le sexe, soixante-sept étaient des hommes et quatre-vingt-quinze des femmes, et, relativement aux âges, cent quarante-quatre avaient dépassé la quinzième année, vingt-cinq étaient au-dessous.

La durée des épidémies a varié entre un mois et demi, deux, trois, quatre mois, quatre mois et demi, cinq, six et neuf mois.

L'époque où les épidémies ont commencé a également présenté beaucoup de variations; on trouve, en effet, indiqués successivement les mois de janvier, février, mars, avril, mai, juillet, août, octobre. Par conséquent le froid, le chaud, la sécheresse, l'humidité de l'atmosphère, n'ont pu exercer qu'une influence secondaire sur la production de ces diverses

épidémies, si tant est qu'elle se soit bornée à produire quelque modification dans l'expression pathologique de l'affection typhoïde.

L'extrême difficulté que les médecins rencontrent pour faire des ouvertures de cadavres dans les provinces, et dans les campagnes surtout, a fait que le nombre des autopsies, n'a été, en 1847, que de quatre ; encore, sur ce nombre si minime, trois ont-elles été pratiquées par ordre de l'autorité judiciaire, dans un cas où des rumeurs sans fondement avaient accrédité un soupçon d'empoisonnement.

En 1847, comme dans les années précédentes, les fièvres typhoïdes épidémiques ont manifesté quelques modifications secondaires dans leur symptomatologie, et, selon l'opinion généralement adoptée, ont présenté plusieurs formes, soit la forme la plus simple, qui s'accompagne d'un moindre danger, celle de la fièvre muqueuse des pyrétologistes, soit la forme adynamique ou la forme ataxique, toujours plus dangereuses. Quelquefois la maladie a présenté quelque chose d'intermittent ou plutôt de rémittent, ce qui souvent a été attribué à l'influence de causes accidentelles, comme des marais, des eaux croupissantes, et cela avec d'autant plus de raison que l'on a vu cette modification, dans la symptomatologie de l'affection typhoïde, n'avoir lieu que chez les sujets immédiatement soumis à l'influence de quelqu'une des causes que nous venons d'énumérer, tandis que les habitants placés loin des marais, loin des eaux croupissantes, n'offrirent plus que la symptomatologie de la fièvre typhoïde adynamique ou ataxique.

Quelques épidémies seulement ont mérité une mention particulière, soit pour le nombre des sujets affectés, soit à cause de quelque circonstance du développement de la symptomatologie, etc. L'une de ces épidémies, dont le début avait coïncidé avec deux repas copieux faits en commun par plusieurs personnes qui eurent ensuite la maladie régnante, avait donné lieu à des soupçons d'empoisonnement. Une enquête médico-judiciaire a fait connaître qu'il n'y avait là qu'une coïncidence toute partielle. Sur dix-sept convives, quatorze étaient tombés malades. Quelque temps après les deux repas, neuf avaient succombé. Mais d'autres personnes, qui n'avaient pas pris part à ces funestes dîners, et qui par conséquent n'avaient pu être incommodées par la bière nouvelle qui y avait été bue, avaient également été malades, et quelques-unes même étaient mortes. D'ailleurs, la bière, analysée avec soin par des chimistes, a été reconnue ne contenir aucune substance toxique.

Les longs détails dans lesquels votre commission des épidémies est entrée, dans le rapport de 1841 à 1847, sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, nous dispenseront sans doute de présenter ici des développements de quelque étendue sur ce sujet relativement aux épidémies de 1847 ; disons seulement que les émissions sanguines générales et lo-

cales, les évacuants, les toniques, les excitants, ont été plus ou moins spécialement mis en usage, en raison des symptômes, des accidents particuliers, de la nuance de la maladie et de l'état des malades.

Parmi les dix maladies de diverse nature sur lesquelles des rapports sont parvenus à la commission, il n'y en a guère qu'une sur laquelle il ait été convenable de fixer votre attention : c'est l'épidémie des fièvres intermittentes qui a régné à Dunkerque, et dont la cause incontestable se trouve dans les fossés pleins d'une eau stagnante et corrompue qui entourent la ville. Une indication précise des mesures d'assainissement à mettre en usage a été soumise à l'autorité administrative par le médecin des épidémies de la ville de Dunkerque.

SÉANCE DU 24 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Recherches historiques sur les amputations. — M. Lacauchie lit les conclusions d'un mémoire ayant pour titre : *Une étude de Celse au point de vue des amputations.*

L'auteur annonce qu'il a entrepris ce travail dans le but d'engager, une fois pour toutes, un débat sérieux sur cette question : où en était la chirurgie, en matière d'amputation, au siècle d'Auguste? et par suite qui faut-il croire, ou de ceux qui pensent que Celse, l'historien de cette époque, contient tout ce que l'art moderne considère comme la perfection, et une perfection de date récente, ou de ceux qui prétendent qu'on ne saurait trouver dans le livre de cet élégant écrivain qu'*un commencement de méthode*, qu'*une description inexacte*, etc.?

M. Lacauchie montre qu'une lecture attentive du dernier paragraphe du VIIe livre de Celse conduit à reconnaître que le *cætera postea sic facienda* n'est qu'un renvoi qui porte le lecteur à ce passage du second chapitre du livre V, commençant par ces mots : *His cognitis, etiam nunc quædam alia noscenda sunt, ad omnia vulnera ulceraque, de quibus dicturi sumus, pertinentia ;* qu'à partir de là on trouve huit sections qui ne sont autre chose que le complément naturel du VIIe livre; que chaque ligne de cette importante portion de l'ouvrage de Celse est un démenti formel donné aux mille assertions affirmant qu'alors on ne connaissait rien du sang, de sa marche, des dangers des hémorrhagies, des moyens de s'en rendre maître ; que tout était ignorance sur le pus, sur l'inflammation ; que l'art des pansements était inconnu, etc.

L'auteur ne s'est pas borné à appeler l'attention sur un livre que chacun cite et que peu de personnes connaissent, il a voulu rechercher comment une doctrine si sage, et une pratique si bien appropriée à la doctrine, s'obscurcissent au point de disparaître presque complétement, et de devenir des découvertes des temps modernes, lorsque les efforts successifs des 16e, 17e et 18e siècles leur rendent la place qu'elles n'au-

raient jamais dû perdre. Il fait remarquer que Celse lui-même nous apprend que de son temps déjà tous les praticiens n'avaient pas pour les pansements simples la prédilection qu'il leur accordait ; que beaucoup usaient largement des médicaments de toute sorte, dont le nombre était déjà considérable. On voit donc que l'antagonisme de la réunion immédiate et de la réunion médiate remonte à cette époque, ou plutôt qu'il lui est bien antérieur. Ce renseignement est précieux, il explique les oscillations de la pratique jusqu'à nous et même parmi nous. On conçoit avec lui comment les partisans de la réunion immédiate ont toujours attaché à la section des diverses parties une importance qu'elle n'a jamais eue, qu'à un bien moindre degré, pour les fauteurs de la réunion médiate ; et l'auteur, après avoir mis hors de doute que de Celse à J.-L. Petit les premiers n'ont jamais méconnu la nécessité de conserver plus de peau que de muscles et plus de muscles que d'os, ajoute, en s'appuyant sur les textes, que les diverses méthodes dites de Petit, de Louis, d'Alanson, de B. Bell, etc., ne sont que la reproduction involontaire de celles employées par leurs devanciers.

Ce mémoire prouve aussi que les divers moyens hémostatiques employés ont exercé une grande influence sur la préférence qu'ont obtenue tour à tour ces deux méthodes de réunion. On voit en effet que, pour B. Maggi et quelques autres, l'emploi du feu s'associait à la réunion immédiate ; que pour tous, au contraire, la compression directe exercée sur les orifices des vaisseaux l'excluait, quelle que fût l'opinion des praticiens sur son mérite : Héliodore en est la preuve.

M. Lacauchie fait ressortir tous les inconvénients de cette compression, plusieurs fois patronnée par de grands noms, Héliodore, J.-L. Petit, Théden, etc., et toujours malheureuse. Il démontre qu'unie à la cautérisation, elle avait des résultats si funestes que les amputations de la cuisse, et même celles du bras, ont été regardées pendant longtemps comme mortelles.

Il fait ensuite l'analyse de quelques observations où l'on voit de quelle manière à été expérimentée en France la méthode de la réunion immédiate. De cette analyse il résulte que la constitution médicale de Paris n'est pour rien dans les insuccès de cette méthode, et qu'on en trouve facilement la cause dans les vices de son application.

A Paris, on a voulu obtenir une réunion immédiate dans toute l'acception du mot, une réunion immédiate primitive : on a rapproché avec soin les lèvres des plaies ; on a multiplié les bandelettes agglutinatives, sans se préoccuper des exigences d'une inflammation inévitable, qui s'est accrue par le fait même des entraves mises à son developpement. La suppuration s'en est augmentée ; le pus n'a pas franchi ou n'a franchi qu'incomplétement les obstacles opposés à son libre écoulement ; il a

fait clapier, inondant les vaisseaux mal fermés et le tissu médullaire des os. Trop heureux, dans ces cas, lorsque l'intensité des accidents a obligé le chirurgien à abandonner une *pareille méthode ;* car trop souvent, moins intenses, ils ont produit une funeste sécurité ; on n'a pas voulu reconnaître la signification de certains symptômes, et lorsque les yeux se sont ouverts, on était arrivé à ce point si bien indiqué par Celse : *Ubi vero penitus insedit, insanabile est, plurimique sub frigido sudore moriuntur.*

L'auteur pense que la réunion immédiate, appliquée aux plaies à un seul lambeau, est surtout féconde en pareils désastres, par la nécessité de donner à ce lambeau beaucoup de longueur, de le ramener sur toute la plaie par une forte flexion, et de l'y maintenir exactement appliqué ; que ces désastres, après avoir tué le lambeau de Verduin, conduiront à l'abandon de tous les procédés de la même nature. Sur ce point encore, la réunion immédiate, il ne croit pas que le dernier mot soit dit quant à la valeur relative des bandelettes et des sutures ; il craint que les premières n'aient une large part dans les malheurs qu'il vient de retracer. Il donne la préférence aux sutures, et en le faisant, il croit se conformer à la pensée de leurs partisans, Celse, Héliodore, Maggi, Paré, Pigray, Sharp, etc., qui prétendaient rapprocher les lèvres de la plaie, mais non pas les accoler. *Sutura oras jungit, quæ ne ipsæ quidem inter se contingere ex toto debent, ut si quid intus humoris concreverit, sit qua emanet.* C'est dire qu'il veut plutôt le rapprochement immédiat que la réunion immédiate, et qu'il s'est pénétré de ce précepte: agir *ut in vulneribus, in quibus pus moveri non debet.* Enfin M. Lacauchie termine en disant que cette longue étude, qui embrasse dix-huit siècles, ne l'a conduit au progrès réel, à celui dont notre époque est fière, qu'en le ramenant, par un détour immense, au point d'où il était parti, à Celse, à l'historien du siècle d'Auguste.

Méningite cérébro-spinale des enfants. — M. Ferrus lit un mémoire qui lui est commun avec MM. Lionnet (de Corbeil) et Petit, sur une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévi sur les enfants de Petit-Bourg.

Il serait impossible de présenter une analyse sommaire de cet important travail, qui renferme des données entièrement neuves sur une maladie à peine connue chez les enfants et non encore décrite, sur son étiologie, sa marche, sa nature, ses caractères propres et sur son diagnostic différentiel d'avec diverses maladies, et notamment le typhus, avec lesquelles on l'a confondue dans ces derniers temps. Nous publierons prochainement ce travail *in extenso.* Nous nous bornerons pour le moment à reproduire la note ci-après, qui lui sert en quelque sorte d'introduction.

Chargé depuis quelques années, dit M. Ferrus, et concurremment avec l'inspecteur des asiles d'aliénés, de l'inspection sanitaire des maisons de détention, j'ai reçu dans les premiers mois de l'année 1848, la mission de visiter les jeunes détenus enfermés dans la prison de la Roquette et aux Madelonnettes, et de donner mon opinion sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à en transférer un certain nombre dans la colonie agricole de Petit-Bourg. Mon rapport a été favorable à cette mesure, et j'ai désigné 100 enfants choisis parmi les plus chétifs et surtout parmi ceux qui étaient atteints de scrofules à un haut degré. Ces enfants ont éprouvé une amélioration très-notable dans leur état de santé, et quelques-uns, ainsi que l'état joint au mémoire en fournit la preuve, ont trouvé à la colonie une guérison complète. J'ajoute que cette heureuse transformation s'est opérée en quelques mois sans le secours d'aucun médicament et seulement en livrant ces enfants à des travaux agricoles au grand air.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

Choléra. — M. Zandick (de Dunkerque) envoie une note sur la propagation du choléra. Il ne nous a pas été possible encore, dit l'auteur, de signaler plusieurs jours sans la présence de quelques cas plus ou moins graves, bien que Dunkerque ait été la première ville infestée par l'épidémie.

Pour ce qui est de la contagion, l'auteur dit que s'il lui a été impossible de citer des faits qui prouvent à l'évidence la contagion du choléra, il croit cependant, sous ce rapport, pouvoir se résumer en mentionnant le fait suivant : que la maladie a atteint huit personnes qui habitaient des quartiers éloignés les unes des autres, et que l'invasion du choléra chez chacune d'elles ne peut s'expliquer que par les relations répétées qui ont existé entre ces personnes durant la maladie.

M. Delaporte, correspondant de l'Académie à Vimoutiers, communique une nouvelle observation de choléra ; c'est le second cas qu'il observe à Vimoutiers.

M. le docteur Tourrette, de Chambly (Oise), informe l'Académie que depuis le 1er juin le choléra-morbus et la suette ont envahi Chambly, commune du canton de Neuilly-en-Thesse (Oise), dont la population est de 1,350 à 1,400 âmes.

Le nombre des personnes atteintes du choléra s'élève à cent environ. La mortalité comprend à peu près la moitié de ce nombre, et les vieillards y sont entrés pour les deux tiers.

Ce qui est remarquable dans cette épidémie, c'est que parmi les personnes atteintes, aucune n'a jamais été saignée ; la saignée lui a paru être, sans exception, préservative du choléra. Pendant la durée du cho-

léra à Chambly, M. Tourrette n'a pratiqué la saignée que sur onze personnes atteintes de pneumonie, et aucune d'elles n'a eu le choléra.

M. Girard (d'Auxerre) informe l'Académie que le choléra a diminué d'intensité dans l'asile d'Auxerre depuis le 14 juillet. Il fournit de nouveaux détails et un relevé statistique de l'épidémie, desquels il résulte :

1° Que la preuve de la contagion n'a pu être encore rigoureusement obtenue ;

2° Que les bonnes conditions d'espace, de ventilation, d'expansion de l'âme sont puissantes pour préserver du choléra ;

3° Que les conditions dépressives provenant d'une détérioration de l'organisme, des veilles, des passions tristes, du défaut d'espace, de ventilation, favorisent le développement de la maladie ; ce qui expliquerait certains faits de soi-disant contagion observés dans les familles, où les membres se concentrent dans la chambre du cholérique pour lui prodiguer des soins, et où les veilles, les inquiétudes, les débilitent si profondément ;

4° Que ces conditions cependant ne sont pas toujours suffisantes pour éloigner la maladie, lorsque l'épidémie se montre avec un certain degré d'intensité ;

5° Que les prodromes s'annoncent d'une manière presque certaine, affectant des formes diverses, au nombre desquelles l'auteur signale comme formes nouvelles, tantôt la tristesse jointe à un sentiment indéfinissable de crainte, tantôt l'abattement avec stupeur, bouffissure de la face, œdème des paupières, yeux cernés, éteints, sans diarrhée ni vomissements ;

6° Qu'enfin sur des constitutions affaiblies, le choléra peut apparaître d'une manière foudroyante et imprévue.

SÉANCE DU 31 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Traitement de l'anévrisme par l'électro-puncture. — M. Abeille, médecin adjoint au Val-de-Grâce, lit sur ce sujet un mémoire que nous reproduisons sommairement.

Il s'agit dans ce travail d'une opération d'anévrisme de la sous-clavière gauche à l'aide de l'électro-puncture et d'expériences faites sur les animaux pour coaguler, à l'aide de l'électricité, le sang dans les tubes artériels.

La malade qui fait le sujet de l'observation est une vieille fille de 65 à 67 ans. La tumeur, située entre les scalènes, de la grosseur d'un œuf de poule, fut jugée anévrismale par nombre de médecins et par l'auteur, d'après les signes non douteux que voici : tumeur pulsative non-seulement en élévation et en abaissement, mais encore avec systole et diastole isochrones aux battements du cœur ; affaiblissement partiel de la tumeur par

la compression de l'artère au-dessus et cessation des pulsations dont elle est le siége ; tension plus grande au contraire quand on comprime l'axillaire. Bruit de souffle prononcé perçu par l'oreille appliquée sur la tumeur et dû probablement au frottement du sang sur les concrétions plastiques du sac. Sensation de frémissement à la main qui presse. Anomalie de l'artère sous-clavière qui, naissant d'un tronc commun avec la carotide primitive, s'élève en arcade au-dessus de la clavicule pour venir s'engager entre les scalènes. Preuve convaincante que c'est bien la sous-clavière, c'est qu'en comprimant l'artère au-dessus de la tumeur on arrête les battements de l'axillaire et de la radiale.

L'opération fut pratiquée le 10 février 1849 au moyen d'une pile à auges de vingt couples zinc et cuivre de 10 centimètres de côté, et de quatre aiguilles en acier de 2 pouces à 2 pouces et demi, recouvertes jusqu'à une ligne de la pointe et 2 lignes de la tête d'un mastic isolant. Pile chargée avec de l'eau saturée d'un mélange d'acides acétique et sulfurique.

La malade, couchée horizontalement, la tête tournée à droite, fut préalablement endormie avec l'éther. Des aiguilles furent implantées sans entre-croisement de pointes par paires jusqu'à trois quarts de pouce environ et dénotant leur présence dans l'intérieur du sac par le défaut de résistance. Électricité très-forte, belles étincelles. La séance dura trente-sept minutes. Toutes les cinq minutes les pôles étaient mis en contact avec la paire opposée.

Réveil de la malade au bout d'une minute ; douleurs atroces, vociférations, agitation, mouvements convulsifs de tout le carpe et surtout du bras gauche. La tumeur commence à durcir au bout de cinq minutes, devient rémittente, tendue, cesse de battre, et le pouls exploré constamment devient filiforme, presque introuvable. Extraction des aiguilles après trente-sept minutes ; deux d'entre elles nécessitent par leur résistance des mouvements de rotation, et laissent après elles de petites escarres superficielles de la peau qui suppurent très-peu plus tard.

Demi-compression avec le pouce sur la sous-clavière au-dessous de la tumeur pendant l'opération ; compression pendant dix heures après l'opération au moyen d'une pelote sur laquelle pèse un poids d'un kilo.

Après l'opération, tumeur dure, tendue, sans pulsation, sans battement ; absence du bruit de souffle entendu dans le sac avant l'opération. Vingt-quatre heures après, cessation du pouls radial, refroidissement et engourdissement du membre thoracique gauche qu'on est obligé de réchauffer avec des sachets de sable chaud. Absence du pouls ; roideur pendant près de quarante-huit heures. Il reparaît très-faible avec le retour de la chaleur au membre. Une congestion cérébrale nécessite deux saignées du bras, le troisième et le quatrième jour de l'opération.

Dès le quatrième jour de l'opération la tumeur commence à décroître; le dixième jour elle était notablement diminuée; le dix-huitième, diminution de plus de moitié. Etat stationnaire pendant quelques jours, puis disparition lente et graduée. Le trente-septième jour de l'opération, absence de toute saillie, sensation profonde d'un corps ovalaire, aplati, dur, à la place de la tumeur. Trois mois après on percevait encore un peu ce corps dur ; le pouls restait beaucoup plus faible que l'autre. A cette même date, l'artère avait acquis au-dessus un peu d'ampliation, et l'on pouvait voir partir de ce point trois troncs secondaires qu'on n'avait jamais vus avant l'opération, troncs qu'on présume être la vertébrale, la thyroïdienne inférieure et la scapulaire postérieure.

Aujourd'hui, deux ans et demi après l'opération, l'artère conserve le même aspect sans avoir augmenté de volume, et il existe encore à la place de la tumeur un corps dense et résistant, mais il faut une forte pression du doigt pour le sentir ; sa dimension paraît bien moins grande.

Dix expériences sur des chiens, une sur un mouton, ont été entreprises dans le but d'obtenir la coagulation du sang dans les tubes artériels, au moyen de l'électricité. Ces expériences ont été faites devant les confrères qui ont assisté à l'opération de l'anévrisme.

1° Chien de moyenne taille. Aiguilles implantées dans l'artère à travers la peau et le tissu cellulaire. Séance de cinq minutes. Réussite. Le lendemain mêmetentative sur l'artère crurale op posée du même animal. Les aiguilles n'arrivent pas dans l'artère. Chien sacrifié quarante-huit heures après l'opération précédente. Première artère présentant un caillot obturateur d'un pouce environ en longueur, s'étendant jusqu'à la collatérale voisine. Ce bouchon est rosé, très-résistant, adhérent aux parois artérielles de façon à s'en détacher difficilement. Par une section transversale à la partie moyenne, on reconnut une série de couches concentriques, circulaires, intimement unies les unes aux autres.

2° Chien de grosse taille. Artère crurale mise à découvert ; les mouvements de l'animal font échapper les aiguilles implantées ; hémorrhagie à deux jets ; aiguilles replacées sur les ouvertures ; bouillonnement du sang autour de leur pointe et coagulation qui arrête l'hémorrhagie. Implantées plus bas. Séance de cinq minutes. Bouchon obturateur ; pulsations de l'artère visibles à l'œil au-dessous du bouchon ; absence des systole et diastole au-dessous. Chien abandonné sans précaution dans une chambre.

Deuxième opération le lendemain. Séance de cinq minutes ; même réussite. L'animal est sacrifié deux heures après la deuxième opération. Les deux artères sont détachées. Un stylet introduit par le bout supérieur et inférieur de chacune d'elles rencontre dans le bouchon un obstacle infranchissable. Coupés transversalement, les bouchons présentent

les mêmes couches que dans le cas précédent. Premier bouchon, rosé ; second d'un rouge encore vif.

Dans les autres expériences sur les chiens, les résultats obtenus ont été identiques.

Dans l'expérience sur le mouton, une fois l'artère mise à découvert et l'opération commencée, comme dans les cas précédents, les aiguilles furent déjetées quatre fois coup sur coup et quatre fois replacées dans les mêmes ouvertures. La pile fonctionna sept minutes. On croyait l'expérience manquée, et pourtant, en examinant l'artère, on put reconnaître la présence du caillot.

L'animal fut abandonné dans le troupeau pendant quinze jours sans aucune précaution, et sacrifié après.

Artère difficile à trouver, enfoncée qu'elle est dans des tissus indurés par suite de cicatrisation.

En introduisant un stylet par le bout supérieur, on rencontre un obstacle infranchissable. Le bout inférieur ne permet point l'introduction du stylet ; il est aplati comme un ruban jusqu'au caillot. Les parois artérielles adhèrent ensemble.

Le caillot, mis à découvert, est plus volumineux supérieurement qu'inférieurement, où il est un peu aplati et se confond insensiblement avec le ruban formé par l'artère. Impossible de le séparer distinctement, par la distension, des parois artérielles. Coupé transversalement, il est opalin, blanchâtre dans toute son étendue, ne présentant aucun point rosé même à son centre.

Quant à ce qui est de la valeur de l'opération, M. Abeille formule son opinion dans les réflexions suivantes :

Les douleurs que cause l'électro-puncture ne lui paraissent comparables à aucune autre. Ce motif lui paraît assez puissant pour lui faire céder le pas à la ligature toutes les fois que celle-ci pourra être employée avantageusement, comme dans les anévrismes siégeant sur des membres. Les dangers de l'électro-puncture, les accidents qu'elle peut susciter, équivalent, s'ils ne dépassent pas ceux de la ligature : hémorrhagies en cas que l'opération ne réussisse pas, cautérisation de la peau et des parois du sac si on ne prend pas bien les précautions ; inflammation, suppuration de celui-ci et hémorrhagies consécutives graves, tels sont les dangers qu'elle fait courir. Si elle était beaucoup moins douloureuse que la ligature, on pourrait la tenter d'abord, pour recourir à celle-ci ensuite en cas d'échec. Mais comme elle n'épargne ni danger ni douleur au malade, elle ne pourra jamais rivaliser avec elle pour les anévrismes des membres.

En résumé, l'électro-puncture peut être d'un immense secours dans quelques cas exceptionnels, malgré les douleurs atroces qui l'accompa-

gnent. C'est le seul avantage qu'on puisse lui reconnaître. Cet avantage serait sans égal s'il devenait avéré, par des faits nombreux et par les pièces anatomo-pathologiques, que, sur le sang artériel humain, la coagulation est l'effet constant de son emploi.

Mort apparente chez le fœtus. — M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Van Hengel (d'Helversum), relatif à la mort apparente chez le fœtus. Nous avons déjà fait connaître le contenu de cette communication.

Ce court mémoire, dit M. le rapporteur, renferme beaucoup d'intérêt, et mérite l'attention des praticiens. Il propose, en conséquence, de conserver ce mémoire dans les archives, d'écrire une lettre de remercîments à l'auteur, et d'inscrire son nom parmi ceux des candidats qui aspirent au titre de correspondants étrangers de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Resserrement de l'orifice utérin sur le col de l'enfant. — M. Capuron lit un second rapport sur un travail de Madame Coquillard, sage-femme à Belleville, relatif au resserrement de l'orifice utérin sur le col de l'enfant, lorsqu'il présente les pieds. Madame Coquillard recommande, dans ce cas, l'emploi du seigle ergoté en poudre par la bouche, ou mieux encore en décoction injectée par le vagin. M. le rapporteur propose de passer à l'ordre du jour ; et de répondre au ministre que ce mémoire ne contenant que des choses qu'on trouve dans les traités élémentaires d'accouchement, toute discussion serait inutile. (Adopté).

— Le même membre fait un troisième rapport sur un pessaire de l'invention de la même sage-femme.

M. le rapporteur propose à l'Académie d'accorder son approbation à ce pessaire, qui est, dit-il, le plus ingénieux qu'on ait imaginé jusqu'à présent.

M. Moreau trouve, en effet, ce pessaire ingénieux théoriquement, mais il doute qu'il puisse être d'aucune utilité dans la pratique. Il ne faudrait pas se prononcer, d'ailleurs, avant qu'il ait été soumis à l'expérience.

Un autre membre demande l'ajournement.

L'ajournement du rapport est mis aux voix et adopté.

— La parole est à M. le secrétaire pour le dépouillement de la correspondance.

La correspondance officielle ne comprend qu'une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant une communication de M. Justin Sabatté, médecin à Pont-Sainte-Marie, qui propose le seigle ergoté comme remède contre le choléra. (Comm. du choléra).

— Des élèves de Vauquelin, MM. Bouchardat, Caventou, Chevallier, Guérard, Lassaigne et Robinet, en offrant à l'Académie nationale de mé-

decine le portrait de ce savant, exécuté par Mademoiselle Bathilde Goblin, adressent la lettre suivante :

« Le souvenir que garde religieusement l'Académie de médecine de ses anciens membres qui se sont le plus distingués pendant leur vie, dans la carrière des sciences médicales, nous fait présager qu'elle voudra bien agréer avec sa bienveillance accoutumée l'hommage que nous lui faisons aujourd'hui d'un portrait de Nicolas-Louis Vauquelin.

» C'est dans cette pensée que quelques élèves de ce chimiste, présents à Paris, se sont réunis et ont fait exécuter une copie fidèle du portrait de cet académicien, persuadés que les traits de cet illustre savant, dont la modestie égalait le profond savoir, seraient vus avec plaisir par ses anciens collègues, ses élèves reconnaissants et ses nombreux amis. »

On sait que Vauquelin, chimiste distingué autant que modeste, est l'auteur d'un très-grand nombre de mémoires scientifiques d'une haute importance, et qu'on lui doit particulièrement : 1° la découverte du *chrome*, qui fournit aux arts, à la cristallerie et aux fabriques de porcelaine ces belles et brillantes couleurs qu'on admire à l'exposition ; celle d'un procédé pour retirer les métaux précieux des *eaux des bijoutiers*, métaux qui, à cette époque, étaient en partie perdus ; 3° celle de la formation de l'*outremer* dans les fours à soude. C'est par suite des travaux de ce savant chimiste que la fabrication de l'*outremer factice* s'est établie en France et qu'on peut avoir cette précieuse couleur à 12 fr. le kilogramme, tandis que le bleu d'outremer du *lapis lazuli* coûtait jusqu'à 1,500 fr. les 500 grammes.

Vauquelin, lorsqu'il fit l'analyse de l'*outremer* qui s'était formé dans un four à la belle fabrique de Saint-Gobin, avait prévu tout ce que pouvait produire la formation de cette substance, et il s'était exprimé formellement à cet égard.

Vauquelin, né en 1763, à Saint-André-d'Hébertot, comme les biographes l'ont fait connaître, était le fils d'un laboureur ; à 14 ans, il entrait comme garçon de peine chez M. Mezaize, pharmacien à Rouen ; plus tard, venu à Paris, il se livra à l'étude avec excès, tomba malade et fut conduit à l'Hôtel-Dieu. A sa sortie de cet hôpital, il entra en pharmacie ; là il fut distingué par Fourcroy, qui l'appela près de lui et l'associa à ses travaux. Auprès de ce grand maître, Vauquelin fit des progrès étonnants et devint l'un des hommes les plus illustres dont s'honore la France. Le fils d'un pauvre et obscur laboureur devint inspecteur des mines, membre de l'ancienne Académie des sciences, puis de l'Institut. Il fut professeur au Muséum d'histoire naturelle, directeur et professeur de l'École de pharmacie, professeur à la Faculté de médecine, inspecteur général de la Garantie, député du Calvados, chevalier de la Légion d'honneur et chevalier de l'ordre de Saint-Michel, destiné alors aux sa-

vants, aux artistes et aux personnes qui se distinguaient par de nouvelles inventions ou des entreprises utiles à l'État.

Vauquelin est mort le 14 novembre 1829, âgé de 66 ans ; mais lorsqu'on considère et ses nombreux travaux et ses nombreuses occupations, on se demande comment, en un si court espace de temps, un homme sorti des derniers rangs du peuple a pu, par la seule force de son génie, monter au premier rang et rendre d'aussi importants services à son pays.

— M. Junod communique un nouveau mémoire sur l'application des grandes ventouses au traitement du choléra.

— M. Faye, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Christiana, présente un mémoire renfermant des détails sur le traitement qu'il emploi contre les affections puerpérales, spécialement la fièvre de ce nom.

L'auteur dit avoir eu de bons résultats de l'administration des émissions sanguines générales au début, des émissions sanguines locales plus tard, ainsi que des narcotiques et des purgatifs salins.

(Commissaires : MM. Gibert et Renauldin.)

Choléra. — M. Guillabert, étudiant en médecine, communique le fait suivant dont il a été témoin, et qui à son avis milite en faveur de la contagion.

Dans la commune de Courdimanche (Seine-et-Oise), où je fus délégué par le ministre du commerce, vivait une famille composée de six personnes : cinq furent atteintes successivement de l'épidémie ; les trois premières résistèrent à l'attaque ; après la guérison de l'une, la seconde était envahie, puis celle-ci rétablie, la troisième, et ces trois personnes vivent encore. Il s'écoula un intervalle : un enfant fut atteint ; il succomba et presque immédiatement sa mère eut le même sort.

M. Girard (d'Auxerre) donne de nouveaux détails sur la marche du choléra dans l'asile des aliénés de cette ville.

Il résulte de ces détails que, parmi les aliénés, il y en a eu 1 sur 5 d'affectés de cholérine et de choléra, et parmi le personnel, 1 sur 10.

L'auteur joint à sa communication un tableau représentant les conditions pathologiques et hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les malades atteints, et qui permet d'apprécier l'influence que peut avoir eue chaque affection cérébrale sur le développement de la maladie.

M. Girard donne d'abord l'état des diverses affections dont sont atteints les malades renfermés dans l'asile.

Voici cet état :

	Hommes	Femmes.
Manie	12	15
Manie chronique	30	32
Lypémanie.	15	43
Monomanie.	7	12
Démence	16	34
Idiotie	15	25
Épilepsie	14	11
Épilepsie—démence. . .	2	3
Épilepsie—idiotie . . .	2	1
	113	176

Le choléra a frappé dans les proportions suivantes quelques-unes des catégories précédentes :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Manie.	1	»	1
Manie chronique	3	»	3
Lypémanie	6	9	15
Démence.	3	5	8
Idiotie	7	4	11
Épilepsie.	7	2	9
Épilepsie—démence . . .	1	1	2
Épilepsie—idiotie. . . .	1	1	2
			51

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

24. *Sur les maladies de l'oreille*; par le docteur J. Toynbee. (Dublin medical Press.)

Dans un mémoire communiqué dernièrement à la Société médico-chirurgicale de Londres, M. Toynbee a exposé les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques sur les maladies de l'oreille; il résulte des 915 dissections auxquelles il s'est livré (358 chez des personnes qui n'avaient qu'un commencement de surdité, 184 chez des sourds notoirement connus, 70 chez des personnes réputées sourdes, et 303 chez des individus dont l'ouïe était normale), que de toutes les altérations pathologiques de la membrane du tympan, les plus fréquentes sont l'épaississement

des couches interne et moyenne de cette membrane, le dépôt dans son épaisseur de matière calcaire, les adhérences avec ou sans fausses membranes à la paroi interne de la cavité tympanique, et sa destruction dans une plus ou moins grande étendue par l'ulcération. Pour la cavité tympanique, les maladies les plus communes sont l'épaississement de la membrane muqueuse qui la tapisse, les fausses membranes qui soudent et rendent immobiles les osselets, les dépôts de matière muqueuse, purulente, scrofuleuse et calcaire. L'ankylose de l'étrier, dans son articulation avec la fenêtre ovale, a été constatée dans 26 cas. Les maladies de la trompe d'Eustache sont plus rares qu'on le croit généralement ; sur 612 cas, M. Toynbee n'a trouvé que 21 fois des traces de maladies dans cette portion de l'appareil auditif. En attendant que la publication de ce mémoire nous permette d'en rendre un compte détaillé à nos lecteurs, nous croyons devoir faire connaître les points principaux de la discussion, qui s'est ouverte dans le sein de la Société, et les réponses qu'a faites M. Toynbee aux diverses questions qui lui ont été adressées ; nous les résumerons en autant de propositions : 1° le traitement de l'inflammation chronique et de l'épaississement de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité tympanique consiste dans l'emploi des sangsues, suivi de frictions faites au-dessous et aussi près que possible de l'oreille, avec une pommade contenant, par once, un gros de cantharides en poudre, ou avec la teinture d'iode. Tous les trois ou quatre jours, on doit faire dans la moitié ou dans les trois quarts externes du méat auditif des applications avec une solution de nitrate d'argent (ou 2 à 4 grammes pour 30 grammes d'eau). Dans quelques cas, on peut même toucher légèrement la surface externe de la membrane du tympan avec une solution faible de nitrate d'argent (20 à 30 centigr. pour 30 grammes d'eau.) Lorsque la membrane muqueuse de la gorge est relâchée, on fait avec avantage des applications estringentes. A l'intérieur, on donne de petites doses de pilules bleues, de bichlorure de mercure ou d'*hydrargyrum cum creta*, mais sans aller jusqu'à salivation ; les bains tièdes, l'exercice en plein air, l'abstention du vin, des stimulants, ainsi que du séjour dans des appartements clos et chauffés, complètent le traitement. M. Toynbee a vu, sous l'influence de ce traitement, des guérisons pour des surdités de plusieurs années de date. 2° Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est une opération rarement utile ; neuf cas sur dix, on peut s'assurer, à l'aide de l'*otoscope* (1), que l'air

(1) Sous le nom d'*otoscope*, M. Toynbee désigne un tube élastique de 20 pouces de long, terminé à chaque extrémité par un bout en ébène, dont le

pénètre librement dans la cavité tympanique et qu'il n'y a pas d'obstacle dans ce conduit. 3° En outre de l'otoscope, le diagnostic exact des maladies de l'oreille réclame l'emploi du *speculum auris* et d'une petite lampe ; à l'aide de ces deux instruments, on reconnaît souvent que la membrane du tympan est plus concave qu'à l'état normal ; circonstance qui dépend soit de l'adhérence de la membrane du tympan à la paroi interne de la cavité tympanique, soit de la présence de brides pseudo-membraneuses, soit enfin de la rétraction du muscle tenseur du tympan. 4° La principale altération, observée du côté de la fenêtre ronde, consiste dans la présence, au niveau de cette ouverture, d'une fausse membrane qui y adhère. D'autres fois la fenêtre ronde est presque entièrement oblitérée par l'épaississement de la muqueuse tympanique. 5° Plusieurs personnes affectées de surdité (par exemple l'une de celles chez lesquelles M. Toynbee a découvert, à l'autopsie, l'ankylose de l'étrier à la fenêtre ovale) perçoivent les sons musicaux, lorsque les vibrations sonores peuvent agir sur les expansions nerveuses, par l'intermédiaire des os de la tête. 6° L'état actuel de la science ne permet pas de reconnaître, par l'espèce de surdité, la portion particulière de l'appareil auditif qui est affectée. 7° Règle générale, les liquides du labyrinthe ne manquent pas chez les viellards ; mais la membrane muqueuse du tympan et la membrane tympanique sont le plus souvent le siége de la maladie. 8° Quelques sourds entendent mieux au milieu du bruit, en voiture, par exemple, que dans un lieu calme : cela tient à ce que le bruit détermine des ondulations dans le liquide vestibulaire, qui peut alors transmettre les vibrations de la membrane de la fenêtre ronde, épaissie et moins mobile que dans l'état normal. 9° Chez quelques sourds, il y a une hyperesthésie des nerfs de l'oreille, qui fait que tous les bruits forts et aigus déterminent une contraction spasmodique des muscles de l'oreille interne, et la tension de la membrane du tympan. 10° Le tintement d'oreille dépend probablement de la compression constante des liquides vestibulaires, et du refoulement en dedans de l'étrier par des adhérences étroites, la base épaissie de l'étrier, etc. 11° M. Toynbee connaît des cas de rupture de la membrane du tympan, produite par des bruits intenses; de cas d'affaiblissement graduel de l'ouïe, de l'oreille droite, par exemple, chez les chasseurs ; mais il n'a pas eu l'occasion de s'assurer, par ses dissections, à quoi est dû cet affaiblissement de l'audition.

chirurgien introduit une extrémité dans le conduit auditif externe du patient, l'autre dans son propre conduit auditif, tandis que le malade fait des efforts, la bouche et le nez fermés, pour faire passer l'air dans la cavité tympanique.

25. *Recherches statistiques sur la pneumonie*; par le docteur HUGHES.

(Guy's Hospital Reports.)

Dans ce travail, l'auteur a exposé un résumé analytique de tous les cas de pneumonie qui ont passé sous ses yeux, dans un intervalle de quatre années, dont près de deux cents ont été suivis de mort. Ce dernier chiffre paraîtra un peu élevé à nos lecteurs, mais nous devons dire que l'auteur a dû rejeter tous les cas complexes et n'accepter que des cas parfaitement confirmés. D'abord, en ce qui regarde l'influence de l'*âge*, sur 300 cas de pneumonie, l'auteur en a compté 10 chez les enfants, 45, au-dessous de vingt ans, 78 entre vingt et trente ans, 55 entre trente et quarante, 40 entre quarante et cinquante, et 63 à cinquante et au-dessus. En laissant de côté ce qui est relatif à l'enfance, parce que l'hôpital à la tête duquel l'auteur est placé ne reçoit proportionnellement qu'un très-petit nombre d'enfants, il résulte de ce relevé que le plus grand nombre de pneumonies s'observe entre vingt et trente ans ; mais ce résultat n'indique pas la gravité proprement dite de la maladie ; car sur 199 cas suivis de mort, on en compte 51 à cinquante ans et au-dessous, 40 entre vingt et trente ans, 36 entre trente et quarante, 32 entre quarante et cinquante, 21 au-dessous de vingt ans, autrement dit, le plus grand nombre de morts ont eu lieu après l'âge de cinquante ans. Relativement à l'influence du *sexe*, il est infiniment probable que, si les hommes et les femmes se trouvaient placés également dans les mêmes conditions pathogéniques, on compterait dans les deux sexes le même nombre de pneumonies ; mais les hommes, par leurs travaux habituels en plein air, par leurs excès, etc., sont atteints partout en plus grande proportion : ainsi, dans le relevé de M. Hughes, sur 300 malades, on compte 208 hommes, 82 femmes et 10 enfants. Quel est le côté du poumon le plus souvent affecté d'inflammation ? Les résultats de M. Hughes concordent avec les résultats déjà connus : sur 300 cas, 111 pneumonies à droite, 88 à gauche, 98 pneumonies double. D'un autre côté, il est remarquable que, dans les cas suivis de mort, on trouve un nombre égal de pneumonies à droite et à gauche (59 pneumonies à droite et 59 pneumonies à gauche) ; mais en revanche, le nombre des morts est bien plus considérable parmi les pneumonies doubles que parmi les pneumonies droites ou gauches ; sur 98 pneumonies doubles, 79 ont été suivies de mort. Faut-il conclure de ce que le nombre des morts est sensiblement égal dans le cas de pneumonie droite ou

gauche, quoique proportionnellement la première soit plus commune que la seconde, faut-il conclure, disons-nous, que la pneumonie est plus grave lorsqu'elle occupe le poumon gauche que quand elle occupe le poumon droit? C'est ce que l'auteur n'ose pas décider, d'autant plus que des recherches plus étendues lui ont donné pour mortalité, dans la pneumonie droite, 27 pour 100, dans la pneumonie gauche 10 pour 100, et dans la pneumonie double 37 pour 100. Le *siége* précis de la pneumonie a été noté dans les 500 cas recueillis par M. Hughes : on y compte 25 cas de pneumonie du sommet, 20 suivis de mort ; 11 pneumonies centrales, 8 morts ; 14 pneumonies postérieures, 6 morts ; 125 pneumonies de la base, 65 morts, et 89 cas de pneumonie dite *générale*, dont 25 à droite, 21 morts ; 25 à gauche, 17 morts, et 41 doubles, 39 morts. Ainsi rien de mieux établi que le siége principal de la pneumonie à la base du poumon ; les pneumonies du sommet sont à celles de la base comme 1 à 5. Dans ses recherches sur la pneumonie, M. Louis avait trouvé, pour la pneumonie du sommet, un âge moyen de cinquante-quatre ans, et pour la pneumonie de la base un âge moyen de trente-cinq ans. Cet habile observateur en a conclu que l'âge exerce une influence matérielle sur le siége primitif de l'inflammation. Tel n'est pas le résultat auquel est arrivé M. Hughes : sur 116 pneumonies du sommet, il a trouvé, comme âge moyen, trente-sept ans et demi : à savoir vingt-six ans pour les femmes, et quarante ans chez les hommes. Suivant lui, il n'y a qu'une différence à peine sensible, quant à l'âge, entre les sujets atteints d'une pneumonie du sommet et ceux atteints d'une pneumonie de la base : pour les premiers, l'âge moyen est trente-sept et demi ; pour les seconds, trente-quatre ; pour le sexe masculin, on trouve l'âge moyen de quarante-cinq ans pour la pneumonie du sommet, l'âge de trente-cinq ans pour la pneumonie de la base ; pour le sexe féminin vingt-six ans pour la pneumonie du sommet, et trente et un ans et demi pour la pneumonie de la base. Enfin, en ce qui touche la forme de la maladie, sur 199 cas, M. Hughes en a trouvé 58 de pneumonie aiguë, 74 de pneumonie chronique, 17 de pneumonie lobulaire, 18 de pneumonie purulente ou suppurée (dont 2 avec abcès), 29 pneumonies gangréneuses, et 3 de forme mixte. L'auteur attribue la grande proportion de pneumonies gangréneuses qu'il a observées à une influence épidémique particulière, qui a régné dans la ville de Londres. Pour notre part, nous nous demandons aussi comment l'auteur a pu observer 74 cas de pneumonie chronique, alors que la pneumonie chronique est si rare dans nos climats.

26. *Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire;* par le docteur WALSHE.

(British and for. medico-chirurgical Review.)

Médecin de l'hôpital destiné au traitement exclusif des maladies de poitrine, l'hôpital de Consomption, de Londres, M. Walshe s'est trouvé placé sur un théâtre convenable pour étudier et revoir l'histoire de la phthisie pulmonaire telle qu'elle est écrite aujourd'hui dans les ouvrages classiques. Les seuls points sur lesquels il ait fixé sont attention sont la *marche de la maladie,* son *caractère héréditaire*, les *progrès relatifs de la tuberculisation dans les deux poumons,* et les *lois de l'hémoptysie.* Ces recherches statistiques portent sur 629 observations. Nous empruntons au travail de M. Walshe quelques-unes des conclusions les plus importantes de son intéressant travail : 1° Il semble que les phthisiques aient plus de tendance à se marier de bonne heure que les autres hommes, et cela au même degré dans les deux sexes... 3° Dans 4,26 cas pour 100, on a obtenu un rétablissement complet non-seulement sous le point de vue des symptômes fonctionnels, mais encore sous celui des signes locaux. 4° On a obtenu la disparition complète des symptômes plus souvent chez l'homme que chez la femme; mais, d'un autre côté, les résultats ont été, d'une manière générale, un peu plus favorables chez cette dernière... 8° Les chances de succès sont plus en faveur des personnes qui travaillent toujours ou presque toujours au grand air. 9° Les résultats ne sont pas influencés par le caractère laborieux ou non laborieux de la profession exercée par les malades. 10° L'âge des malades n'a aucune influence sur la nature des résultats. 11° Les malades de la campagne ont plus de chances de guérison que les malades des villes... 13° Sur 446 phthisiques, 162 seulement appartenaient à des familles de phthisiques : d'où il suit que la phthisie, chez la population adulte qui peuple cet hôpital, ne paraît pas une affection héréditaire à un haut degré. 14° Sans distinction de sexe, le ramollissement semble se faire, à peu de chose près, avec autant de rapidité dans le poumon droit que dans le poumon gauche; mais cependant, quelque petite que soit cette différence, elle existe, et c'est dans le poumon gauche que le ramollissement se fait le plus vite. 15° Cette loi se modifie notablement suivant les sexes; la maladie parcourt plus rapidement ses périodes chez l'homme dans le poumon droit que dans le poumon gauche et *vice versa.* 16° L'âge exerce quelque influence sur la marche de la maladie dans les deux poumons chez les deux sexes : chez l'homme,

l'excès de fréquence du poumon droit pour atteindre la seconde et la troisième période est de 2 pour 100 avant et après 30 ans, tandis que, chez la femme, l'excès de fréquence pour le poumon gauche est de 45 pour 100 plus considérable avant qu'après cet âge. 17° L'hémoptysie est un symptôme extrêmement fréquent (80 pour 100). 18° Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme (4 pour 100). 19° Une hémoptysie moyenne, pour la quantité, est 4 fois moins commune qu'une hémoptysie très ou très-peu abondante ; l'hémoptysie très-abondante est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. 20° La reproduction moyenne des hémoptysies est matériellement moins commune chez les deux sexes qu'une seule hémoptysie ou des atteintes répétées de ce symptôme ; de plus, les hémoptysies sont plus répétées chez l'homme que chez la femme. 21° La première hémoptysie est toujours plus abondante que les suivantes. 22° L'hémoptysie se rencontre plus fréquemment, et cela indépendamment de toute influeuce de la durée de la maladie, chez les personnes qui sont parvenues à la seconde ou à la troisième période que chez celles chez lesquelles les tubercules ne sont pas ramollis (cette proportion est bien plus tranchée chez l'homme que chez la femme). 23° Il ne paraît pas qu'il y ait une bien notable différence dans la disposition à l'hémoptysie, que la maladie soit plus avancée dans le poumon droit ou dans le poumon gauche. 24° La fréquence de l'hémoptysie augmente dans les deux sexes avec l'âge ; l'augmentation de fréquence est plus brusque chez la femme que chez l'homme ; elle paraît liée chez celle-ci aux fonctions menstruelles. 25° La fréquence plus grande de l'hémoptysie chez les personnes avancées en âge ne dépend pas du tout de la durée plus longue de la maladie ; car les malades qui avaient des hémoptysies étaient, en moyenne, malades depuis moins de temps (8 mois) que ceux qui n'avaient pas craché de sang. 26° L'époque la plus commune de l'apparition de l'hémoptysie se trouve ordinairement à la fin du premier mois ou très-peu après ; il est très-rare de la voir survenir dans le cours du premier mois, à moins qu'elle ne soit le premier ou un des premiers symptômes. 27° Dans plus de la moitié des cas d'hémorrhagie notable (plus de 4 onces), elle s'est montrée comme premier symptôme. 28° L'hémorrhagie un peu considérable est, au contraire, assez rare comme symptôme concomitant et premier phénomène de la maladie (un 13e des cas). 29° Les crachats striés ou teints de sang sont un des symptômes les plus communs au début. 30° Mais ces crachats sont rarement, sinon même jamais, les premiers symptômes de la maladie. 31° La saison ne paraît pas avoir d'in-

fluence marquée sur l'apparition de la première hémoptysie. 33° L'apoplexie pulmonaire n'est pas la cause de l'hémoptysie des phthisiques (c'est même une chose fort rare, à toutes les périodes de la maladie, que la coexistence de l'apoplexie et des tubercules pulmonaires). La cause ordinaire de l'hémoptysie chez les tuberculeux se trouve dans la congestion intense qui se termine par la rupture des petits vaisseaux. 34° L'expectoration du sang chez les personnes affectées de bronchite chronique, avec ou sans emphysème, mais sans maladie notable du cœur, peut faire soupçonner des tubercules latents. 35° La présence de masses cancéreuses dans le poumon est presque aussi constamment accompagnée d'hémoptysie que celle de masses tuberculeuses d'un volume égal. Les hémoptysies sont même plus abondantes. Mais telle est la rareté du cancer du poumon que cette proposition altère à peine la valeur diagnostique de l'hémoptysie par la phthisie pulmonaire ; d'ailleurs la distinction est assez facile au point de vue clinique. 36° Non-seulement l'empyème chronique ne donne pas naissance à l'hémoptysie, mais l'empyème, chez les phthisiques, semble être un prophylactique contre l'hémoptysie, apanage presque certain des tubercules. 37° J'ai souvent rencontré des maladies du cœur chez des personnes dont le poumon renfermait des tubercules crus à l'état latent ou presque latent ; cependant je n'ai jamais vu d'hémoptysie chez les sujets où la coexistence de ces deux maladies avait lieu. 38° Contrairement à l'opinion générale, on peut affirmer que, chez les femmes imparfaitement menstruées, lorsque le *nisus hemorrhagicus* entraîne la production d'une hémorrhagie supplémentaire, et par elle l'évacuation d'une once de sang ou au delà, il y a lieu de soupçonner l'existence de tubercules. 39° Toutes ces propositions tendent à mettre dans son véritable jour la signification diagnostique de l'hémoptysie, par rapport aux tubercules, dans l'état latent comme à l'état confirmé. 40° La valeur diagnostique de l'hémoptysie comme symptôme de la tuberculisation pulmonaire est considérable. Les crachats simplement striés ou teints de sang ne sont pas sans importance dans certaines circonstances. 41° L'hémoptysie est rarement funeste par elle-même ; toutefois elle l'est plus souvent chez l'homme que chez la femme. 42° L'hémoptysie qui se produit fréquemment ne réduit pas la durée moyenne de la vie sur un nombre donné de phthisiques. 43° Une première hémoptysie grave ne doit pas faire craindre une hémoptysie plus grave encore ou funeste, et quand la première hémorrhagie est modérée, on peut affirmer que les suivantes ne seront pas graves. 44° Le pronostic de l'hémoptysie est

matériellement plus défavorable chez l'homme que chez la femme.

L'espace nous manque pour discuter en détail les propositions nombreuses que M. Walshe a déduites de l'analyse numérique des 629 observations qu'il a recueillies. De ses propositions, les unes sont parfaitement d'accord avec celles signalées par M. Louis dans son remarquable ouvrage sur la *phthisie pulmonaire*. Ainsi, relativement à l'hérédité, M. Walshe a trouvé, comme M. Louis que l'on a beaucoup exagéré l'influence de cette condition organique. Il en est de même de la fréquence des tubercules, plus grande dans le poumon gauche, avec cette différence que M. Walshe établit que, pour les hommes, l'évolution se fait plus rapidement dans le poumon droit. Mais c'est surtout sous le rapport des lois de l'hémoptysie qu'il y a des différences entre les résultats de M. Walshe, et ceux de M. Louis : comme M. Louis, M. Walshe établit qu'une hémoptysie un peu forte indique, d'une manière infiniment probable, quelle que soit l'époque de son apparition, la présence de tubercules dans les poumons ; mais d'autre part, M. Walshe est arrivé à ce résultat, que l'hémoptysie est un symptôme très-fréquent (toutefois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes) ; qu'on la rencontre plus souvent dans la seconde et dans la troisième période que dans la première ; que l'hémoptysie est plus fréquente à mesure que l'on avance en âge, etc. ; toutes propositions qui sont en désaccord plus ou moins complet avec celles de l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu. Ce sont donc des points sur lesquels de nouvelles recherches sont nécessaires, afin que la science soit définitivement fixée à cet égard.

---

27. *Sur l'action thérapeutique de l'électricité;* par le docteur H. Bence Jones, médecin de l'hôpital Saint-George.

(London Journal of medicine.)

Les médecins sont tellement partagés d'opinion sur la valeur thérapeutique de l'électricité ; et, dans ces derniers temps, on a publié des travaux si favorables à cet agent thérapeutique, qu'il n'est pas sans utilité de faire connaître les résultats beaucoup moins heureux d'expériences entreprises dans l'un des plus grands services des hôpitaux de Londres. Quelques-unes de ces expériences ont été faites avec la machine électrique et la bouteille de Leyde, mais au moins les deux tiers ont été faites avec l'appareil magnéto-galvanique de Kemp. Les malades ont été électrisés tantôt tous les jours, tantôt deux ou trois fois par semaine ; chaque séance était de 6 à 10 minutes, rarement de 15 minutes, suivant que les malades pouvaient le supporter.

Le nombre des cas traités est de 23, dont 6 paralysies d'un bras et d'une main, 6 hémiplégies, 3 paraplégies, 3 paralysies saturnines, 2 atrophies du deltoïde, 1 cas de chorée, 1 cas de douleur au sacrum, 1 cas de paralysie de la vessie. Sur ces 23 cas, il n'en est que 4 dans lesquels il y ait eu un véritable succès. Celui dans lequel les bons effets de l'électricité ont été le plus sensibles est un cas de paralysie des doigts et des poignets, survenu par l'usage d'une béquille ; quant aux autres, ce sont 3 cas de paralysie saturnine. Dans tous ces cas, on a pu suivre comparativement les bons effets de l'électricité et l'inutilité du simple repos. Dans 6 cas, il y a eu une légère amélioration, à savoir : dans 2 cas d'hémiplégie, dans 2 cas de paralysie du bras et de la main, dans 1 cas de paralysie de la vessie, et dans 1 cas de chorée. 13 cas n'ont été suivis d'aucune espèce d'amélioration, à savoir : 3 cas de paraplégie, 4 d'hémiplégie, 2 d'atrophie du deltoïde, 3 de paralysie du bras ou d'une main, et 1 de douleur à la région sacrée.

Nous n'avons qu'une seule objection à faire aux recherches de M. Jones, mais cette objection ne manque pas de valeur : c'est que le mode d'électrisation qu'il a employé et les instruments qu'il a mis en usage sont éminemment vicieux, et ne permettent pas de considérer les résultats qu'il a obtenus comme le dernier mot sur la valeur thérapeutique de l'électricité.

---

28. *Observation d'abcès de la rate ;* par M. le docteur CHARLTON.
(London médical Gazette.)

Nous nous sommes attachés à faire connaître les observations les plus curieuses des maladies de la rate que renferment les journaux français et étrangers. C'est le seul moyen, à notre avis, de faire marcher la pathologie de cet organe. Le fait suivant nous paraît de nature à jeter quelques éclaircissements sur la symptomatologie des abcès de la rate.

Un homme de 42 ans, habituellement bien portant, commença à perdre ses forces, son appétit et son embonpoint, dans l'automne de 1848. Ces symptômes continuèrent jusqu'au mois de décembre suivant ; à cette époque, les symptômes de dyspepsie qui existaient jusque-là se compliquèrent d'une douleur vive sur le trajet du colon et à l'épigastre ; il y avait de la soif, de l'anorexie, et un mouvement fébrile assez intense. La constipation, très-rebelle, céda à l'emploi des purgatifs ; en même temps, on appliqua un vésicatoire à l'épigastre ; le pouls était fréquent, la région épigastrique sensible à la pression, avec une sensation de plénitude et de résistance dans l'espace compris

entre les fausses côtes et l'ombilic ; le malade avait l'aspect cachectique des maladies cancéreuses. Malgré le traitement actif qui fut suivi, et qui se composait principalement de révulsifs sur l'hypochondre gauche, de l'application de sangsues, et de l'administration des pilules bleues, l'état de ce malade alla en s'aggravant : sensation incessante de brûlure à l'estomac et à la gorge, soif vive, pouls petit et fréquent, amaigrissement rapide. Lorsque M. Charlton fut appelé à lui donner des soins le 4 janvier, son état s'était notablement aggravé depuis deux jours ; il avait eu de l'agitation et de l'incohérence dans la parole, et l'affaissement avait fait des progrès ; pouls petit et intermittent, sueurs profuses, perte de connaissance. En examinant la région épigastrique, on découvrit une tumeur résistante assez dure occupant l'espace compris entre les fausses côtes du côté gauche et l'ombilic, et s'étendant jusqu'à un pouce au delà de la ligne médiane à droite; au-dessus de l'ombilic, la tumeur se dirigeait en haut et en arrière, de manière à affecter tout à fait la position de la rate ; pas de difficulté pour respirer, ni de douleur sur un point quelconque du thorax. Les nuits étaient remarquables par l'agitation fébrile, tandis que les jours étaient comparativement assez calmes. Le malade s'éteignit le 10 janvier. A l'*autopsie*, on découvrit dans l'abdomen et dans l'hypochondre gauche une tumeur volumineuse formée par la rate, augmentée de volume, et dont le bord au dessous de l'ombilic présentait un aspect lobulé ; le foie était parfaitement sain, et son volume normal, l'estomac occupait sa position normale, et sa grande courbure adhérait à la tumeur. En voulant détacher celle-ci des adhérences qu'elle avait contractées, on donna issue à une assez grande quantité de liquide rougeâtre formé d'un mélange de sang et de pus, qui s'échappa d'une cavité de cinq à sept pouces de profondeur, située dans l'épaisseur de la rate, et qui avait pour limites le diaphragme supérieurement, à droite la grande courbure de l'estomac, et en arrière la colonne vertébrale. Les lobules de la rate qui se trouvaient à droite, contenaient également de petits abcès en tout semblables au précédent, et tapissés comme lui par de la matière pultacée. Le péritoine offrait quelques traces d'inflammation récente ; la plèvre gauche contenait environ une demi-pinte d'un liquide séreux rougeâtre, avec d'abondantes fausses membranes ; les parois de l'estomac étaient épaissies, sa membrane muqueuse en particulier était épaisse et dense.

---

29. *Observation de kyste hydatique du foie, traité avec succès par des ponctions successives;* par le docteur G. Owen Rees.

(Guy's Hospital Reports.)

L'observation suivante est un bel exemple de guérison de kyste hydatique du foie traité avec succès par la méthode des ponctions successives, dont M. Jobert (de Lamballe) et ses élèves ont fait connaître, depuis quelques années, tous les avantages. Un homme de 31 ans, entre à l'hôpital de Guy, le 13 octobre 1847. Homme fort et robuste, habituellement bien portant, quoique intempérant, depuis 2 ans, il avait senti de la douleur dans le côté droit de l'abdomen ; bientôt après, il avait découvert, de ce côté, une tumeur qui avait fait des progrès continuels. M. Rees, trouva, en effet, dans l'abdomen, une tumeur qui occupait la région épigastrique et l'hypochondre droit tout entier, et qui dépassait de 2 pouces, à gauche, la ligne médiane ; en même temps, elle s'étendait jusqu'au tiers supérieur des régions ombilicale et iliaque droites. Pas d'ictère ; nausées ; trois heures après le repas ; matité hépatique, remontant au-dessus de la ligne normale ; matité à la percussion, dans toute l'étendue de la tumeur, avec sensation, sous le doigt, d'un frémissement particulier, et fluctuation distincte ; la tumeur ne descendait pas notablement pendant l'inspiration. Comme la santé générale paraissait peu altérée, M. Rees se borna à des frictions iodurées sur la région hépatique ; il donna l'iodure de potassium à l'intérieur, avec la liqueur de potasse. Ce traitement fut continué pendant 20 jours, sans avantage réel. Le malade commençait à être tourmenté par des vomissements de matières pultacées, d'un brun clair, rejetées subitement et violemment, en grande quantité à la fois. Le pouls était fréquent, la face anxieuse ; il y avait une toux fatigante. Ce fut seulement le 4 décembre que l'on songea à pratiquer une ponction exploratrice dans la tumeur : elle fut faite, le même jour, par M. Hilton, qui plongea son trois-quarts au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le cartilage de la 9e côte à la réunion du tiers gauche de la tumeur, avec le tiers moyen. Cette ponction donna issue à 38 onces d'un liquide transparent. Le soulagement fut immédiat : les nausées, les vomissements disparurent ; la petite plaie se guérit sans péritonite. Cependant, la tumeur se remplissant de nouveau, elle fut ponctionnée le 7 janvier 1848, avec un très-petit trois-quarts ; cette fois au lieu d'un liquide transparent on ne put tirer que 10 onces d'un pus d'odeur très-fétide, parce que la canule s'obstrua. Deux jours après, on pratiqua une nouvelle

ponction à 1/4 de pouce au-dessus de la première, avec un large trois-quarts, et lorsqu'on retira cet instrument, on laissa dans la plaie une sonde de gomme élastique, qu'on avait introduite par la canule. On obtint ainsi la sortie de 24 onces de pus fétide, de flocons membraneux, et d'hydatides affaissées. Deux jours après, on retira la sonde de gomme élastique, lorsque les adhérences furent établies. Il ne survint pas de symptôme de péritonite, mais seulement un peu de fièvre. Le 18 janvier, il fallut ouvrir la plaie du trois-quarts, pour donner issue à des hydatides qui s'accumulaient, et qui empêchaient la sortie du pus. La suppuration continua à se faire dans l'intérieur du sac, les hydatides entières ou en débris s'échappaient continuellement; mais le kyste revenait chaque jour sur lui-même, et la suppuration prenait un caractère plus louable. Un érysipèle, qui se développa au commencement du mois de mars, et qui s'étendit à une partie du tronc, vint entraver, pendant quelques jours, la convalescence; mais, à partir du 13 mars, la guérison ne formait plus de doute. Le 11 avril, la plaie était presque entièrement fermée, et la tumeur de l'hypochondre droit n'avait plus que le volume d'une petite noix.

---

30. *Observations d'hernie inguinale étranglée à l'anneau interne, traitée avec succès par l'opération*; par le docteur Cock.

(Guy's hospital reports.)

L'observation suivante offre un exemple d'un des cas les plus embarrassants qui se présentent dans la pratique chirurgicale. En effet, comme la réduction ne présente souvent, dans ces cas particuliers, aucune difficulté, si le chirurgien se contente de refouler les parties herniées dans l'intérieur du canal inguinal, les accidents continuent; la seule pratique rationnelle consiste donc à aller à la recherche de la cause qui met obstacle à la réduction de l'intestin. Cette dernière pratique est la plus délicate; elle peut présenter, comme on le verra dans l'observation suivante, des difficultés imprévues, elle n'est pas moins cependant la seule qui puisse offrir quelques chances de succès. Dans le fait rapporté par M. Cock, il s'agit d'une femme de 51 ans, qui portait depuis 12 ans une hernie fémorale du côté droit contenue par un bandage. Sans doute, la compression était mauvaise; car la hernie s'était échappée dans les derniers temps. Le 30 juin dernier, elle sortit de nouveau, les efforts de réduction furent inutiles; bientôt survinrent des douleurs, des vomissements, les symptômes ordinaires de l'étranglement, qui durè-

rent sans interruption jusqu'au 2 juillet, époque à laquelle cette malade entra à l'hôpital de Guy. La tumeur avait le volume d'un petit œuf, elle était molle et irrégulière. A l'aide d'une pression modérée, on la fit rentrer dans l'abdomen. M. Cock fut frappé d'une saillie anormale qu'il sentait au-dessus du ligament de Poupart, au niveau de l'anneau inguinal externe. Cette saillie cédait sous la pression et paraissait rentrer dans le canal inguinal. L'anneau était large et ouvert, et permettait facilement l'introduction du doigt, les bords étaient nettement circonscrits et tranchants. La malade fut immédiatement soulagée; mais le lendemain, tous les symptômes d'étranglement avaient reparu, ou plutôt ils n'avaient jamais entièrement disparu. La saillie qui existait au niveau de l'anneau inguinal externe avait plutôt augmenté que diminué; on la refoulait dans le canal inguinal; mais elle reparaissait au plus léger effort. L'opération fut immédiatement décidée; l'incision pratiquée sur l'anneau inguinal mit à découvert un sac herniaire très-mince, qui s'était échappé à travers l'anneau externe, et au-dessous duquel se trouvait une quantité de graisse ressemblant à l'épiploon, le doigt pénétrait facilement entre le sac et la graisse qui le contenait; mais les limites de la cavité paraissaient mal circonscrites, et on ne put trouver l'ouverture de communication avec l'abdomen. En coupant le cordon de l'oblique externe, on aperçut une nouvelle portion de graisse rose; il était évident que ce qu'on avait pris pour l'épiploon n'était autre que le tissu adipeux qui entoure le ligament rond, affectant une forme lobulaire, enveloppé par un kyste celluleux. En déplaçant ces lobules, on arriva sur l'anneau interne, dans lequel existait un petit sac péritonéal, que l'on faisait disparaître en partie, mais que l'on ne vidait pas entièrement par la compression. Le sac ouvert, il s'en échappa une petite anse d'intestin; l'étranglement était profondément situé et fortement serré; mais en tirant l'intestin à soi, on parvint à le mettre à découvert et à le couper sans difficulté; puis l'intestin fut réduit, non sans quelque difficulté, à cause du refoulement de l'anneau interne, mais en maintenant ses bords avec une pince, on y réussit. La malade fut mise immédiatement à l'usage de pilules contenant un grain de calomel et un grain d'opium, une toutes les 3 heures. Les symptômes d'étranglement disparurent, seulement il y avait de la sensibilité et de la plénitude de l'abdomen. Le lendemain, il y eut des garde-robes solides avec quelques gaz; les pilules furent continuées pendant deux jours, on y joignit une petite dose d'huile de ricin, qui finit par amener des garde-robes très-abondantes. A partir de ce moment, la con-

valescence a été franche et rapide. Le 12 août, la malade quittait l'hôpital, parfaitement guérie.

De cette observation et de quelques autres qu'il a rapportées, l'auteur a déduit quelques préceptes qui nous paraissent avoir une assez grande importance dans le traitement de la hernie étranglée après l'opération. Suivant lui, toutes les fois que l'intestin a été intéressé soit par violences extérieures, soit dans un étranglement dans un sac herniaire, il est de toute nécessité d'assurer le repos le plus complet, la cessation momentanée des fonctions dans le canal alimentaire; pour l'intestin étranglé dans une hernie, les efforts de réduction du chirurgien, l'exposition de l'intestin à l'air libre, la compression à laquelle il est soumis dans l'opération, doivent rendre ces préceptes encore plus rigoureux; autrement dit, on doit traiter une hernie étranglée suivant les méthodes que l'on applique aux membres contus ou fracturés. Pour M. Cock, l'opium jouit, dans ces cas particuliers, d'effets sédatifs précieux; il détermine du calme, de la tranquillité, du bien-être, sans agir sur l'appétit et sans suspendre les sécrétions normales. C'est, suivant lui, un des moyens d'arrêter les progrès de l'inflammation et de permettre à la nature de réparer les désordres qui ont pu avoir lieu.

---

31. *Hernie du trou obturateur, simulant un étranglement interne; opération de gastrotomie; mort;* par M. J. Kilton, chirurgien adjoint à l'hôpital de Guy.

(London medico-chirurgical transactions.)

Mlle *** âgée de 36 ans, d'une assez faible santé, fut prise en septembre 1847 de vomissements et de constipation qui, après avoir duré 4 ou 5 jours, cédèrent à l'emploi de lavements laxatifs et à l'applications à l'aine droite de sangsues et de fomentations émollientes. Depuis cette époque elle a eu fréquemment dans les intestins des douleurs spasmodiques qu'elle faisait disparaître en prenant de l'eau-de-vie étendue d'eau. En général, il y a eu de la constipation.

Le jeudi 20 janvier 1848, sans cause appréciable, elle fut attaquée de vomissements qui continuèrent, par intervalles assez rapprochés, jusqu'à onze heures du soir. Quand son chirurgien, M. Blackman, la vit, il n'y avait pas de hernie reconnaissable, pas de douleur abdominale à la pression, pas de distension du ventre. Le pouls était à 84. La malade avait pris 2 doses d'huile de ricin qu'elle avait vomies chaque fois. M. Blackman prescrivit un grand sinapisme sur l'estomac, 2 grains de calomel et 5 grains

d'extrait de coloquinte composé, à prende toutes les deux heures avec une potion gazeuse.

Le 21, vendredi, à 10 heures du matin, l'état était à peu près le même. Il n'y avait pas eu d'évacuation alvine. Les vomissements continuaient. La pression exercée sur l'abdomen soulageait un peu la douleur. (Un lavement laxatif. A jouter aux pilules une goutte d'huile de croton). A 8 heures du soir, aucun changement n'a eu lieu, si ce n'est que la douleur à la région ombilicale est devenue plus vive. (On y applique 8 sangsues. — Un grand bain. — Une pilule d'un grain d'opium. — Suspendre les purgatifs).

Le 22 au matin, il y a eu du sommeil : les douleurs sont moins fortes, les vomissements plus rares. Pouls à 84. Suspendre tous les médicaments et les remplacer par un peu de nourriture liquide. Fomentations sur le ventre. Le soir l'état est à peu près le même (lavement laxatif).

Le 23, pas de changement. A 9 heures du soir une consultation eut lieu. Le pouls était à 96, la langue plus sèche, un peu de hoquet. Il y avait eu dans la journée plusieurs vomissements de matières fécales. Le ventre est peu distendu et peu douloureux à la pression. (Appliquer un sinapisme, puis de larges cataplasmes de farine de graine de lin ; administrer 10 grains de calomel et un grain d'opium en poudre.)

Le 24. La nuit a été bonne ; au matin les symptômes sont à peu près les mêmes que la veille. Dans la journée, il n'y a pas eu de vomissements, mais pas de selles non plus. On renouvelle la pilule d'opium avec 5 grains de calomel.

Le 25. La nuit n'a pas été bonne, les vomissements sont revenus avec le hoquet ; la langue est sèche à son milieu ; pouls à 108. On prescrit l'application d'un vésicatoire sur la partie douloureuse de l'abdomen, c'est-à-dire à gauche de l'ombilic : puis mettre un cataplasme, supprimer l'opium.

Le 26. La nuit a été bonne et la malade paraît mieux au total. Les vomissements ont beaucoup diminué. Un lavement avec l'huile de ricin entraîne quelques matières féculentes. Continuer à nourrir légèrement la malade, et suspendre les médicaments.

Jusqu'au 29, la malade resta dans le même état. Le soir une nouvelle consultation eut lieu : on prescrivit de l'hydrochlorate de morphine à petites doses à prendre toutes les deux heures et un petit lavement avec l'huile de thérébenthine. Il n'amena pas d'évacuation, mais la malade se sentit encore mieux.

Le 31. Il n'y a pas eu de vomissements depuis quarante-huit heures ; la douleur abdominale n'a pas augmenté, mais il n'y a

pas eu de selles. Le pouls est à 120; la langue est humide et nette sur les bords.

Ce fut en cet état des choses, que je fus appelé à voir la malade en consultation avec les médecins qui lui avaient jusque-là donné des soins.

Je trouvai cette femme couchée sur le dos; la figure était maigre et avait une expression d'anxiété; la langue était sèche et brune à son centre, couverte d'un enduit jaunâtre sur les bords. L'haleine est fétide et exhale une odeur de matières fécales. Le pouls est petit et bat 120 fois par minute; le ventre est mou, souple, très-peu distendu; une pression modérée n'y est presque pas douloureuse, mais si l'on comprime faiblement la région sous-ombilicale, et spécialement à une pouce à gauche de l'ombilic, on détermine de la douleur. La percussion fournit un son clair dans la partie supérieure du ventre; au-dessous de l'ombilic, au contraire, le son est mat par intervalles entre lesquels il y a des parties très-sonores. De temps à autre la surface de l'abdomen se contracte, devient inégale et comme ondulée, et alors la malade éprouve un spasme très-fort dans le ventre et on peut facilement sentir et voir le trajet des circonvolutions de l'intestin. Cet état durait environ une minute, disparaissait puis se reproduisait quelques minutes plus tard. On ne pouvait trouver de hernie; pendant que j'étais près d'elle, la malade vomit des matières fécales, bien colorées par la bile, d'une teinte plus rouge que d'ordinaire et paraissant provenir de l'intestin grêle. Il y avait eu très-peu d'urine rendue : environ 4 onces dans les dernières 24 heures.

Le résultat de notre consultation fut qu'il y avait là un obstacle mécanique au cours des matières dans l'intestin grêle, et qu'il n'y avait d'autre espoir de sauver la malade que de faire une ouverture artificielle à l'abdomen : ce qui nous portait à croire que l'obstacle ne résidait pas dans le gros intestin, c'est que le ventre n'était pas très distendu, que le colon pouvait assez facilement retenir un lavement de trois pintes, que les vomissements avaient paru dès le début de la maladie et que la sécrétion urinaire était très-peu abondante.

On avait pensé à employer le mercure métallique, mais en définitive on y renonça. Guidé par l'historique des accidents survenus pendant l'automne précédent, je pensai que l'on trouverait l'obstacle à droite et un peu au-dessous de l'ombilic, dans le point où la douleur existait à cette époque, ou bien à gauche là où la pression déterminait actuellement de la sensibilité.

Après avoir fait connaître aux parents et à la malade elle-

même notre opinion et la nécessité de recourir à une opération chirurgicale, ils adoptèrent notre proposition, et le lendemain matin, aucune amélioration n'ayant eu lieu, nous nous décidâmes à agir. La vessie fut vidée par le cathétérisme, le pubis fut rasé, un épais oreiller placé sous les cuisses, de manière à relâcher le plus possible les parois du ventre. Puis la malade fut chloroformisée, et au bout de deux minutes, l'insensibilité paraissant complète, je commençai mon incision à l'ombilic et la dirigeai vers le pubis en suivant la ligne médiane ; néanmoins la ligne blanche ne fut divisée qu'en partie et je pénétrai dans la gaîne du muscle droit, en sorte qu'il était évident que la ligne blanche était déviée de sa rectitude naturelle. Deux petites artères durent être liées, et quand tout écoulement de sang fut arrêté, j'ouvris le péritoine près de l'ombilic et j'agrandis l'ouverture vers le bas sur une large sonde cannelée. Il s'écoula de la cavité péritonale un peu de sérosité colorée par du sang. L'intestin grêle, un peu distendu et parsemé de petites taches ecchymotiques, se présentait à l'ouverture ; la main, introduite dans le ventre, ne put faire reconnaître aucune cause d'obstruction. Comme je voulais rencontrer un intestin vide, j'agrandis mon incision par le haut, jusqu'à environ un pouce au-dessous et à gauche de l'ombilic ; dans cette manœuvre, une petite artère fut ouverte et il fallut la lier. Les circonvolutions de l'intestin grêle furent alors déplacées et une portion du colon, un peu distendue par des gaz, se présenta subitement à ma vue. Cette distension du colon me parut au premier abord rendre plus difficile la découverte de la cause de l'étranglement ; mais cela prouvait seulement que l'obstacle était placé de manière à comprimer le colon et à oblitérer l'intestin grêle en même temps. En séparant la partie gauche du colon des circonvolutions de l'intestin grêle, je rencontrai quelques portions de cet intestin grêle, parfaitement pâles, contractées et vides, et en les suivant de haut en bas, je m'aperçus qu'une de ces portions pénétrait dans le trou obturateur du côté gauche. Nous avions donc affaire à une hernie obturatrice. J'essayai de retirer l'anse intestinale de l'ouverture dans laquelle elle était engagée ; cette traction ménagée, mais soutenue avec un peu de persévérance et des pressions exercées profondément et avec force dans la région inguinale, réussirent à déplacer la portion d'intestin engagée dans le trou obturateur, et retenant l'anse intestinale entre le doigt et le pouce, je pus l'amener au dehors. Elle était d'une couleur foncée, mais elle ne paraissait pas frappée de gangrène et ne présentait aucune déchirure. La trouvant dans un état suscep-

tible de se guérir, je la laissai glisser dans le ventre pour y reprendre sa position normale ; pendant toute cette opération, je n'aperçus pas l'épiploon. J'eus quelque peine à faire rentrer dans la cavité abdominale les anses intestinales que j'avais déplacées. Les bords de la plaie furent rapprochés et maintenus par une suture continue. Un bourdonnet de charpie fut placé sur la plaie et maintenu par quelques larges bandelettes agglutinatives placées en travers de l'abdomen. Comme la malade était très-affaissée, nous la laissâmes dans la même position. On l'entoura de cruches remplies d'eau chaude, et on lui fit prendre un peu d'eau-de-vie.

Un quart d'heure après l'opération, la malade avait recouvré toute sa sensibilité, elle était restée une heure sous l'influence de l'agent anesthésique. Le pouls était à 156. La malade dit n'avoir absolument rien senti pendant l'opération, mais maintenant elle se plaint de coliques et de tortillements dans le ventre. Elle vomit avec peu d'efforts, un peu de matières fécales. On lui donna une petite quantité d'eau-de-vie étendue de partie égale d'eau, et comme elle se plaignait beaucoup de son ventre, on introduisit dans le rectum un suppositoire composé de 10 grains d'opium et de savon médicinal. Durant l'heure suivante, le pouls resta à 156 et très-faible. Les mains étaient froides et humides ; pas de vomissements ; la malade est calme mais elle se plaint très-vivement de douleurs abdominales.

A 11 heures 1/2 du matin, le pouls est encore à 156, faible, mais cependant distinct ; peau moite et chaude ; 26 inspirations par minute ; langue sèche et sale ; la malade rend beaucoup de gaz par la bouche.

A 1 heure de l'après-midi, il y a toujours de la douleur dans le ventre avec exaspération par intervalles ; pouls à 144, plus plein. Il y a eu de courts moments de sommeil. L'expulsion des gaz par le haut continue ; on prescrit un tiers de grain d'hydrochlorate de morphine, et de temps à autre un peu de bouillon très-léger et d'eau-de-vie.

A 2 heures 1/2, l'état est à peu près le même ; seulement la douleur abdominale est moindre depuis l'administration de la morphine ; peau moite et froide ; pouls à 114 ; 26 à 28 inspirations.

A 4 heures, la malade se trouve assez bien ; elle sommeille et à son réveil se plaint d'une légère douleur ; on lui fait prendre un sixième de grain de morphine.

A 5 heures, pouls plus rapide (150) et moins distinct ; mains froides et suantes.

A 7 heures la malade est beaucoup plus faible ; le pouls est plus rapide et presque impossible à compter. Il y a beaucoup d'agitation; son état s'aggrave rapidement et elle expire à 10 heures du soir.

Autopsie faite 16 heures après la mort. — Ayant ouvert largement la cavité abdominale, on ne constate pas de distension des intestins ; le colon avait repris sa position normale ; il y avait des traces d'une vive inflammation du péritoine de la moitié inférieure de la cavité abdominale. On ne pouvait apercevoir d'intestin complétement vide, l'intestin grêle situé au-dessous du point comprimé s'étant distendu d'une manière uniforme; le cœcum et le colon ascendant étaient remplis de matières fécales ; la portion qui avait été étranglée avait environ un pouce et demi de long, était placé à gauche, et se reconnaissait facilement par sa couleur beaucoup plus foncée que celle du reste de l'intestin, mais elle ne présentait pas d'état gangréneux. Cet intestin était à peu près situé au niveau de la partie moyenne de la longueur de l'intestin grêle.

L'estomac présentait un rétrécissement en forme de gourde, il contenait un peu de matières intestinales semblables à celles que la malade avait vomies.

Le trou obturateur du côté gauche dans lequel avait siégé l'étranglement ne laissait pénétrer que le petit doigt ; son bord aponévrotique était très-fort et très-dur ; à sa circonférence péritonéale existait une bandelette vasculaire de fibrine, très-visible surtout en haut, et qui, probablement, avait contribué à fixer et à retenir l'anse intestinale dans sa position anormale. Du côté droit, le trou obturateur était plus largement ouvert que du côté gauche, on pouvait y engager le doigt indicateur, mais il n'y avait pas de traces d'adhérences à son pourtour.

En examinant le sac herniaire, nous constatâmes que le nerf obturateur ainsi que l'artère se trouvaient au côté externe. L'artère, dans ce cas, provenait directement de l'iliaque externe ; ces parties n'étaient point adhérentes au sac; mais elles étaient contenues dans une des coches du fascia abdominal qui était descendu avec le péritoine.

En poursuivant la dissection du ligament de Poupart, et en soulevant les muscles pectiné, long et court adducteur, on mit à nu un feuillet fort dense d'aponévrose, qui recouvrait le muscle obturateur externe et le sac herniaire Ayant disséqué ce feuillet aponévrotique de la surface antérieure du muscle obturateur, et l'ayant renversé en haut, nous pûmes constater que le fond du sac herniaire était épaissi et adhérait fortement à la face

inférieure de ce même feuillet aponévrotique après avoir traversé la partie inférieure du muscle obturateur. Il n'y avait, évidemment, qu'une fort petite portion du muscle qui passait sur le sac : elle était, toutefois, très-suffisante pour avoir produit l'étranglement des parties contenues dans le sac herniaire. Il est évident que ce muscle peut être la cause de l'étranglement dans la hernie du trou obturateur, et dans ces cas, jusqu'à ce qu'on ait produit le relâchement des fibres du muscle, il serait peut-être impossible d'obtenir la réduction d'une hernie de ce genre, quand bien même on parviendrait à la reconnaître pendant la vie. Du reste, dans le cas présent, du moment que j'eus reconnu la nature de l'accident, je recherchai avec un soin scrupuleux l'existence d'une tumeur au-dessous du ligament de Poupart sans pouvoir en trouver une ; en sorte que je puis affirmer avec confiance qu'il était impossible d'arriver, par l'examen le plus minutieux, à établir le diagnostic de la maladie existante.

---

32. *De l'utilité et de la nécessité de la paracenthèse du thorax dans certains cas de pneumo-thorax;* par Hamilton Roe, médecin de l'hôpital de Westminster.

(London medical Gazette.)

Le but de ce mémoire est de prouver que le pneumo-thorax n'est pas une maladie nécessairement mortelle, et que la paracenthèse est le meilleur moyen à employer pour la guérison. L'auteur indique que cette affection peut dépendre d'une foule de causes différentes, et que, assez souvent, il y a absence de lésion du tissu pulmonaire, ou du moins qu'il existe une altération trop grave pour justifier la supposition qu'elle ne puisse être guérie. Il rapporte deux cas funestes qui ont été soumis à son observation, pour lesquels il avait conseillé la paracenthèse, qui ne fut cependant pas employée. Dans l'un des cas, l'autopsie permit de constater qu'il n'y avait pas eu d'excavation du poumon, et même pas d'altération du tissu de cet organe : tandis que, dans le second cas, l'ouverture fistuleuse était très-étroite ; et bien qu'il y eût quatre petites cavernes et quelques tubercules peu volumineux, il n'y avait pas, cependant, de lésion capable d'amener immédiatement la mort, et la vie eût probablement pu être prolongée encore assez longtemps, si l'on avait débarrassé le poumon de la pression exercée sur lui par l'air épanché dans la plèvre. L'auteur cite plusieurs auteurs qui ont rapporté des observations semblables, et spécialement la thèse de M. Saussier, qui a montré que le pneumo-thorax peut reconnaître dix-sept causes différentes. M. Hamilton Roe range tous les cas

de pneumo-thorax dans les quatre catégories suivantes : 1° ceux dans lesquels l'air est sécrété par la plèvre ; 2° ceux dans lesquels il provient de la décomposition de liquides épanchés ; 3° les cas dans lesquels il s'échappe d'une cellule pulmonaire emphysémateuse ; 4° ceux dans lesquels il est fourni par une fissure du poumon. Les trois premières variétés sont susceptibles de guérison, et la quatrième n'est pas nécessairement mortelle. Après avoir décrit les symptômes propres à des différentes variétés de la maladie, l'auteur s'efforce de prouver que la seule présence de l'air n'est pas une source de danger, qu'il peut quelquefois être résorbé, et que ce n'est que lorsqu'il est accumulé en assez grande quantité pour déterminer une difficulté de la respiration que l'on est appelé à l'évacuer par la ponction thoracique, L'opération, pour avoir des chances de succès, devrait être pratiquée avant que le poumon fût comme carnifié par la compression, et que l'autre poumon fût congestionné. A l'objection tirée de ce que l'air extérieur que l'on introduit comprimera lui-même le poumon, l'auteur répond que si la plaie faite par la canule est maintenue ouverte, le poumon, s'il est sain, reprendra son expansion quand il ne sera plus soumis à la pression du liquide, et qu'il peut, si l'air sort aussi facilement qu'il entre, non-seulement venir se mettre en contact avec la plèvre costale, mais contracter avec elle des adhérences et oblitérer la cavité plévrale. A l'appui de son opinion, il cite un fait observé et relaté par Benjamin Phellips, dans lequel une gangrène des parties molles avait largement ouvert la cavité de la plèvre dans deux espaces intercostaux et dans une étendue de plusieurs pouces : à chaque inspiration, le poumon venait s'appliquer contre les côtes : dans chaque expiration il s'en éloignait d'un demi-pouce. — L'auteur cite ensuite dix-neuf cas publiés, dans lesquels la paracenthèse a été pratiquée pour un pneumothorax ; dans dix cas, l'opération a été faite avec succès ; et après avoir observé que la question de savoir s'il faut laisser ouverte ou fermer soigneusement l'ouverture faite dans l'opération n'est pas encore décidée, l'auteur émet l'opinion que dans les cas où l'air pénètre dans la plèvre par une perforation du poumon, il est désirable que la plaie externe reste ouverte, tandis qu'elle doit être fermée dans les autres cas. Il termine en rapportant un cas dans lequel la plaie a été laissée ouverte et qui a eu un heureux résultat.

---

33. *De la contagion de la syphilis secondaire ;* par M. Garson.

(The Lancet.)

Sans prendre parti ni pour ni contre la manière de voir adoptée par l'auteur, nous nous bornons à transcrire tels qu'il les raconte les détails du fait intéressant qu'il a observé.

Obs. — En mars 1846, dit M. Garson, je fus consulté par un homme marié pour une ulcération du gland. Elle s'était développée à la suite de rapports ayant eu lieu deux mois auparavant avec une femme étrangère. Il offrait aussi une éruption croûteuse du cuir chevelu ; le gosier était tuméfié et plus vascularisé que d'habitude.

En juin, il eut près de l'anus deux petites tumeurs, chacune du volume d'une fève, avec un écoulement et des excoriations douloureuses. Il les attribuait à des hémorrhoïdes. La muqueuse buccale était blanche et ramollie.

Sa femme avait souffert quelque temps de chaleur et d'enflure aux parties génitales. Quand je la visitai, à la fin de juin, elle ne pouvait se tenir debout ; la vulve était chaude et tuméfiée, avec une ulcération superficielle étendue de la lèvre droite, et vascularisation augmentée du vagin ainsi que du pourtour de l'anus.

Je visitai de nouveau cette famille en mars 1847. On me montra alors deux jeunes enfants qui avaient de la rougeur et un écoulement de la marge de l'anus. Une autre plus âgée (de 9 ans), était mal portante ; ses cheveux tombaient ; elle avait en outre mal au gosier et des excroissances condylomateuses autour de l'anus.

Dans le cours du même mois, je fus appelé par un autre membre de la même famille, un jeune garçon âgé de 14 ans, alors en service, mais qui avait passé chez ses parents l'automne et l'hiver précédents, et couché dans le même lit que sa jeune sœur. Ce fut à la suite de ce séjour à la maison paternelle qu'il s'aperçut de douleur avec écoulement à l'anus. Le pourtour de cet orifice était entouré d'un nombre considérable de tumeurs aplaties, plus élevées et à base plus étroite du côté de la verge. Il marchait très-péniblement à cause de l'irritation existant dans cette partie. Il avait eu des tumeurs de chaque côté du cou, qui disparurent spontanément. Le gosier était sensible, surtout le matin. Les amygdales gonflées offraient l'apparence de nombreux petits points ulcérés. Une couche de mucus d'un gris sale couvrait le pharynx.

Le grand nombre de ces cas me causa beaucoup d'embarras, ajoute l'auteur, soit parce que je ne les pouvais voir qu'à de rares intervalles, soit en raison de la malpropreté dans laquelle vivait cette famille. Ils furent tous traités par le mercure.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

34. *Compte rendu des séances pendant le mois de mai* 1849 ; par M. Follin, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 25, 1849.)

Anatomie. — Rapport sur un mémoire de M. Ludovic Hirchfeld intitulé : Nouvel aperçu sur les conditions anatomiques des courbures de la colonne vertébrale chez l'homme; par MM. Blot, Robin, et Cl. Bernard, rapporteur.

« Dans l'âge adulte, on observe dans la colonne vertébrale de l'homme sain trois courbures antéro-postérieures et une courbure latérale. Les anatomistes depuis longtemps ont essayé d'expliquer ces déviations naturelles par différentes considérations puisées dans la conformation anatomique des diverses parties osseuses ou ligamenteuses du rachis. Mais, il faut le dire, aucune expérience directe et décisive n'était venue donner à ces opinions la valeur d'un fait démontré. Le travail de M. Ludovic Hirchfeld se distingue des précédents en ce que son explication nouvelle repose sur une expérience directe et facile à vérifier.

« Et d'abord nous devons dire que les recherches de M. Ludovic Hirchfeld ne sont relatives qu'aux trois courbures antéro-postérieures de la colonne vertébrale et qu'il n'y fait rentrer qu'indirectement la déviation latérale que l'épine présente dans la région dorsale.

« Jusqu'à présent la plupart des anatomistes, au nombre desquels il faut citer Weber et M. Cruveilhier, pensaient que l'inégalité dans l'épaisseur du corps des vertèbres et des disques intervertébraux donnaient une explication suffisante des courbures rachidiennes. Il est, en effet, admis que dans les régions cervicales et lombaires les corps des vertèbres et les disques intervertébraux sont plus épais en avant qu'en arrière, tandis qu'à la région dorsale courbe en sens inverse, le contraire aurait lieu, c'est-à-dire que les corps vertébraux et les disques seraient plus épais en arrière.

« M. Ludovic Hirchfeld a démontré, par des mesures prises sur un grand nombre de sujets, que la différence dans l'épaisseur du corps des vertèbres est insignifiante et incapable de donner raison des courbures du rachis. Quant à la différence d'épaisseur dans les disques intervertébraux qui est un fait beaucoup plus généralement reconnu, l'auteur du mémoire a prouvé qu'elle n'est que la conséquence d'un antagonisme remarquable qui existe entre la compressibilité des disques intervertébraux et l'élasticité des ligaments jaunes qui unissent les lames vertébrales. L'expérience suivante, qui caractérise le travail de

M. Ludovic Hirchfeld, met ce fait dans toute son évidence.

« Après avoir dépouillé le rachis de toutes ses parties musculaires, si on sépare la colonne formée par les corps vertébraux des masses apophysaires, au moyen d'un coupe faite sur le pédicule au niveau des trous de conjugaison, on remarque deux choses : 1° le redressement des régions cervicale et lombaire par un changement dans les disques intervertébraux qui deviennent aussi épais en arrière qu'en avant; 2° un raccourcissement de la masse apophysaire qui équivaut environ à un septième de sa longueur.

« Il résulte de cette expérience que dans la production des courbures rachidiennes, l'élasticité des ligaments jaunes jouerait le rôle principal en tendant comme une corde puissante l'arc formé par les corps vertébraux, de manière à faire basculer les vertèbres et à comprimer énergiquement les disques vertébraux dans leur région postérieure. Ceci découle clairement des phénomènes qui se passent quand on expérimente sur les régions cervicale et lombaire. Toutefois nous devons ajouter que, pour la région dorsale, qui est peu mobile, le raccourcissement des ligaments jaunes est très-faible et que le redressement des corps des vertèbres n'a pas lieu. L'auteur regarde cette particularité comme due à l'immobilité de la région et au peu d'élasticité des cartilages intervertébraux en ce point. »

Exploration pathologique; autopsie d'un diabétique. — M. Cl. Bernard ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un diabétique mort dans le service de M. Rayer, a pu mettre à profit les études qu'il a faites sur ce sujet, et donner à cette recherche une direction physiologique très-propre à en caractériser les résultats. Une circonstance particulière est venue s'ajouter aux avantages que la science pouvait retirer de l'examen de ces cas : c'est que ce diabétique est mort subitement vers le troisième jour de son entrée à l'hôpital, et a pu par conséquent présenter à l'observation des faits qu'on ne rencontre pas dans les autopsies ordinaires des diabétiques qui s'éteignent lentement sous l'influence de leur maladie.

L'urine retirée au moyen de la sonde pendant que le sujet était encore chaud, contenait une grande quantité de sucre. Le foie déformé et beaucoup plus volumineux que dans l'état ordinaire en contenait en grande proportion. Les reins avaient également augmenté de volume ; dans l'état normal, le gauche pèse 141 grammes et le droit 125; sur ce diabétique, le rein gauche pesait 245 grammes et le droit 235. Le tissu du rein, préalablement lavé, a fourni du sucre, mais en beaucoup moins grande proportion que le foie. Le pancréas et la rate, diminués de volume, n'en contenaient point.

Les centres nerveux en étaient également privés.

Les liquides ont été soumis à l'analyse. Le sang contenait de grandes quantités de sucre dans tous les points où on l'a examiné. M. Cl. Bernard rappelle une autopsie dans laquelle le sérum du sang abandonné à lui-même était devenu acide par suite de la destruction du sucre. Cette observation s'appuie sur une circonstance de cette dernière autopsie : c'est qu'on a trouvé du sucre dans de la sérosité qui remplissait le péricarde. Or cette même sérosité, alcaline au moment où on l'a retirée de péricarde, est devenue acide par suite de la destruction du sucre.

Le suc intestinal et le suc gastrique, qui sont très-propres à favoriser cette destruction, n'en contenaient pas (M. Cl. Bernard observe qu'il a rencontré du sucre dans le sperme d'une chèvre qu'il avait artificiellement rendue diabétique.)

Cette dernière autopsie montre donc que, dans les cas où l'on peut étudier les tissus et les liquides d'un diabétique que la mort enlève subitement, on peut rencontrer du sucre dans le sang, dans le foie et dans les reins.

Quant aux différences de réactions offertes par les liquides et rapportées jusqu'ici à la cause qui produit le diabète, on voit qu'elles dépendent simplement du mode de destruction du sucre.

---

35. *Sur l'existence d'une pseudo-membrane blanche dans l'œsophage des cholériques ;* extrait d'une lettre de M. le professeur Corbin (d'Orléans).

(Gazette médicale de Paris, N° 27 ; 1849.)

Dans nos autopsies au Baron nous trouvons constamment, M. Jillon et moi, une pseudo-membrane caséeuse blanche dans l'œsophage ; en taches isolées (qui rappellent le dessin de Billard sur le muguet des enfants), si la mort a été prompte ; en bandes longitudinales, si la maladie date de trois ou quatre jours ; en couche continue du haut en bas si la maladie est plus ancienne.

Chez l'un des morts de la dernière catégorie j'avais observé pendant la vie, sur tout le voile du palais *(ceci devient un symptôme)*, cette concrétion blanche caractéristique des affections muqueuses ; et sans doute, elle joignait par en bas à la fausse membrane œsophagienne. La jonction n'a pas été constatée, un gargarisme acidulé ayant fait disparaître avant la mort la diphthérite pharyngienne.

J'ai à l'heure qu'il est, chez un sujet vivant, un second cas pareil, où la pseudo-membrane, confluente sur le voile du palais, s'étend en taches sur toutes les parois buccales, et s'accompagne de stomatite, ce qui forme un véritable muguet symptomatique.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 204e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VIII. — AOUT 1849.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Essai sur l'hypochondrie ; par *J. D. Hannon.* (*Suite* et *fin.*) 205
Des altérations du poumon qui constituent la maladie désignée sous le nom d'emphysème pulmonaire ou vésiculeuse (asthme continu des anciens ; par M. le docteur *Rossignol.* 219
Rapport sur les maladies régnantes observées à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le second semestre de 1848 ; par le médecin principal *Gouzée.* 241
De l'importance des prodrome du choléra épidémiques au point de vue thérapeutique de cette maladie ; par le médecin principal *Gouzée.* 248
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 16 juin 1849. 253

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Revue clinique du choléra. 1
2. De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne ; par *Ch. Schutzenbergen.* (*Suite.*) 26
3. Considérations sur la névralgie faciale, pour servir à l'histoire de cette maladie ; par le docteur *F. Neucourt.* 36
4. Observation de méningite subaiguë, suivie de guérison ; communiquée par M. *A.-H. Leroy-Dupré.* 49
5. Observation d'un singulier et nouveau phénomène d'acoustique perçu à distance chez un phthisique, et étudié à l'aide de l'auscultation médiate, laquelle a permis, pendant la vie, d'en assigner la véritable cause ; communiquée par *A. Toulmouche.* 54
6. Mémoire statistique et théorique sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées à la suite de fièvres intermittentes ; par M. *F.-Aug. Durand.* 57
7. Observation de gangrène spontanée ; par le docteur *Lucien Papillaud.* 63
24. Sur les maladies de l'oreille ; par le docteur *J. Toynbee.* 241
25. Recherches statistiques sur la pneumonie ; par le docteur *Hughes.* 244
26. Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire ; par le docteur *Walshe.* 246
THÉRAPEUTIQUE. — 8. Recherches sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; par le docteur *C.-J.-B. Willams.* 66
9. Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. (*Suite.*) 79
10. Note sur le traitement de la première période du choléra confirmé par les acides ; suivie de propositions relatives à la cause et à la nature de cette affection ; par M. le docteur *Worms.* 96

11. Lettre sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement du choléra ; par M. le docteur *H. A.* 101
27. Sur l'action thérapeutique de l'électricité ; par le docteur *H. Bence Jones.* 249
32. De l'utilité et de la nécessité de la paracenthèse du thorax dans certains cas de pneumo-thorax ; par *Hamilton Roe.* 261

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. Réflexions sur la véritable cause du bruit de souffle chez les femmes enceintes ; par M. *Malichecq.* 103
13. Mémoire sur les indications et les avantages d'un forceps courbé sur le plat ; par M. *R. Baumers.* 108
MALADIES DES FEMMES. — 14. Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections ; par M. le docteur *L. Fleury.* (*Suite.*) 119

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 15. Mémoire sur une angioleucite profonde; amputation coxo-fémorale ; par le docteur *Jules Roux.* (*Suite.*) 125
16. De l'organisation du sang épanché comme origine de tumeurs de diverse nature ; par M. *Alquié.* 130
28. Observation d'abcès de la rate ; par M. le docteur *Charlton.* 250
29. Observation de kyste hydatique du foie, traité avec succès par des ponctions successives ; par le docteur *G. Owen Rees.* 252
30. Observation d'hernie inguinale étranglée à l'anneau interne, traitée avec succès par l'opération ; par le docteur *Cock.* 253
31. Hernie du trou obturateur, simulant un étranglement interne ; opération de gastrotomie ; mort ; par M. *J. Kilton.* 255
OPHTHALMOLOGIE. — 17. Nouvel exemple d'incrustations métalliques dans la substance de la cornée, et quelques mots sur l'influence du taffetas d'Angleterre sur la coloration des cicatrices ; par le docteur *Charles Deval.* 137

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

18. De la dilatation du canal de l'urètre pour aider à l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme ; Par M. *Pamard.* 141
19. Remarques sur quelques affections du col de la vessie ; par le docteur *L.-Aug. Mercier.* 145

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 20. Observations médico-légales sur les diverses espèces de suicides ; par M. *Brierre de Boismont.* (*Suite.*) 148

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ; par *A. Legrand.* (*Suite.*) 169
22. Lettre sur la contagion de la fièvre typhoïde. 189
33. de la contagion de la syphilis secondaire ; par M. *Garson.* 263

MONOGRAPHIE.

23. Instruction pratique sur le traitement du choléra-morbus ; par les docteurs *Martin Lauzer* et *H. Colin.* 192

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. (Séances des 18 et 25 juin, des 2, 9, 16, 23 et 30 juillet.) — Présence du sucre dans le blanc d'œuf. 211. — Influence de la nature géologique du sol sur le choléra. 211. — Propriétés vitales du système musculaire. — L'irritabilité n'est pas nécessaire à la motilité. 212. — Action physiologique de l'acide cyanhydrique. 213. — Développement de l'électricité par la contraction musculaire. 213. — Influence volontaire de la contraction musculaire sur l'électro-magnétisme. 214. — Expériences sur les courants électro-physiologiques chez l'homme et les animaux. 214. — Du quinquina comme moyen prophylactique du choléra. 215. — Action de diverses substances injectées dans les artères. 216. — Injection microscopique des tubes primitifs des nerfs. 218.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. (Séances des 19 et 26 juin, 3, 12, 17, 24 et 31 juillet.) — Choléra. 219. — Influence de l'accouchement sur le choléra. 220. — Indépendance des fièvres intermittentes et du choléra. 221. — Suette miliaire. 222. — Polype de l'utérus sorti à travers la paroi abdominale. 223. — Éléments physiologiques du pouls. 224. — Choléra chez une femme enceinte; avortement 224. — Études chimiques et thérapeutiques sur la digitaline. 225. — Mort apparente des nouveau-nés. 226. — Rapport sur les épidémies de 1847. 227. — Recherches historiques sur les amputations. 230. — Méningite cérébro-spinale des enfants. 232. — Choléra. 233. — Traitement de l'anévrisme par l'électro-puncture. 234. — Mort apparente chez le fœtus. 238. — Resserrement de l'orifice sur le col de l'enfant. 238. — Choléra. 240.

MÉLANGES.

34. Compte rendu des séances de la société de Biologie pendant le mois de mai 1849 ; par M. *Follin*. 264

35. Sur l'existence d'une pseudo-membrane blanche dans l'œsophage des cholériques ; extrait d'une lettre de M. le professeur *Corbin*. 266

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. —204e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VIII. — AOUT 1849.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (janv. 1849).

Brierre de Boismont. Observations médico-légales sur les diverses espèces de suicides. 148

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (juin 1849).

Neucourt (F.). Considérations sur la névralgie faciale, pour servir à l'histoire de cette maladie. 36
Willams (J.-B.). Recherches sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire. 66

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 16, 21, 23, 25, 26, 27, 28; 1849).

Revue clinique du choléra. 1
Loroy-Dupré (A.-H.). Observation de méningite sub-aiguë, suivie de guérison. 49
Toulmouche (A.). Observation d'un singulier et nouveau phénomène d'acoustique perçu à distance chez un phthisique, et étudié à l'aide de l'auscultation médiate, laquelle a permis, pendant la vie, d'en assigner la véritable cause. 54
Durand (F.-Aug.). Mémoire statistique et théorique sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume des rates engorgées pendant les fièvres intermittentes. 57
Papillaud (Lucien). Observation de gangrène spontanée. 63
Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. 79
Worms. Note sur le traitement de la première période du choléra confirmé par les acides ; suivie de propositions relatives à la cause et à la nature de cette affection. 96
H. A. Lettre sur l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le traitement du choléra. 101
Malichecq. Réflexions sur la véritable cause du bruit de souffle chez les femmes enceintes. 103

Baumers (R.). Mémoire sur les indications et les avantages d'un forceps courbé sur le plat. 108
Fleury (L.). Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections. 119
Jules Roux. Mémoire sur une angioleucite profonde ; amputation coxo-fémorale. 125
Deval (Charles). Nouvel exemple d incrustations métalliques dans la substance de la cornée, et quelques mots sur l'influence du taffetas d'angleterre sur la coloration des cicatrices. 137
Lettre sur la contagion de la fièvre typhoïde. 189
Follin. Compte rendu des séances de la société de Biologie pendant le mois de mai 1849. 264
Corbin. Sur l'existence d'une pseudo-membrane blanche dans l'œsophage des cholériques. 266

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (juin 1849).

Schutzenbergen (Ch.). De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne. 26

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (juillet 1849).

Lauzer (Martin) et *Colin* (H.). Instruction pratique sur le traitement du choléra-morbus. 192

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (juin 1849).

Alquié. De l'organisation du sang épanché comme origine de tumeurs de diverse nature. 130
Pamard. De la dilatation du canal de l'urètre pour aider à l'extraction des calculs vésicaux chez l'homme. 141
Mercier (L.-Aug.). Remarques sur quelques affections du col de la vessie. 145

REVUE MÉDICALE (septembre et octobre 1848).

Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 169

JOURNAUX ANGLAIS.

BRITISH AND FOREIGN MED. REVIEW.

Walshe. Recherches statistiques sur la phthisie pulmonaire. 246

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Toynbee (J.). Sur les maladies de l'oreille. 241

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Hughes. Recherches statistiques sur la pneumonie. 244

Owen Rees (G.). Observation de kyste hydatique du foie, traité avec succès par des ponctions successives. 252
Cock. Observation d'hernie inguinale étranglée à l'anneau interne, traitée avec succès par l'opération. 253

LONDON JOURNAL OF MÉD.

Bence Jones (H.). Sur l'action thérapeutique de l'électricité. 249

LONDON MED. GAZETTE.

Charlton. Observation d'abcès de la rate. 250
Hamilton Roe. De l'utilité et de la nécessité de la paracenthèse du thorax dans certains cas de pneumo-thorax. 261

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

Killon (J.). Hernie du trou obturateur, simulant un étranglement interne ; opération de gastrotomie ; mort. 255

THE LANCET.

Garson. De la contagion de la syphilis secondaire. 263